

## Fragebogen Gewichtsreduktion

**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Nachname:** \_\_\_\_\_  
**Straße / Hausnummer:** \_\_\_\_\_  
**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Geburts-Datum:** \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?**  Ja  Nein

**Haben Sie Probleme mit Herz & Kreislauf?**  Ja  Nein

**Hatten Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?**  Ja  Nein

**Leiden Sie an Thrombose?**  Ja  Nein

**Haben Sie Epileptische Anfälle?**  Ja  Nein

**Was haben Sie bereits gegen Ihre Gewicht unternommen und mit welchem Erfolg? (Schulnoten 1-6)** \_\_\_\_\_

**Gibt es einen möglichen Auslöser Ihrer Gewichtszunahme?** \_\_\_\_\_

**Treiben Sie aktiv Sport?** \_\_\_\_\_

**Hiermit versichere ich alle Angaben korrekt gemacht zu haben!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift