

Gesundheitscheck

Name:	Geburtsdatum:	Alter:
Gewicht:	Größe:	BMI:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐	Lipödem Stadium: Bekannt seit:	☐ Beine ☐ Arme	☐ Lymphödem Bekannt seit:
☐	Schwanger		☐ Stillend
☐	Raucher*in		
☐	Diabetes	☐ Typ I	☐ Typ II
☐	Allergien:		
☐	Asthma		
☐	Lebensmittelunverträglichkeiten:		
☐	Angeborene Stoffwechselstörungen	Art:	
☐	Herz-Kreislaufkrankungen		
☐	Erhöhte Blutfettwerte:		
	☐ Triglyceride	☐ Cholesterin	
☐	erhöhter Blutdruck		
☐	erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)		
☐	Nierenerkrankungen	Art:	
☐	Erkrankungen des Verdauungstraktes:		
	☐ Magen	☐ Darm	☐ Leber ☐ Galle ☐ Bauchspeicheldrüse
☐	Schilddrüsenerkrankungen	Art:	
☐	Osteoporose		
☐	Rheuma		
☐	Tumorerkrankungen	Art:	
☐	Mangelerscheinungen:	☐ Eisen	☐ Vit.D ☐ Vit.B12 ☐ Sonstiges:
☐	Sonstige Erkrankungen:		
Datum:		Unterschrift:	

Gewichtszunahme besteht seit:	
--------------------------------------	--

Bisher habe ich folgende Maßnahmen zur Gewichtsreduktion unternommen:

Maßnahme (Ernährungsumstellung, bariatrische Operation, Liposuktion)	Zeitraum	Erfolg

Eine Liposuktion ist geplant	☐ Ja	☐ Nein
Datum:		

Bewegung:

Bewegungsart	Dauer	täglich	wöchentlich
Datum:	Unterschrift:		

Medikamentenliste

Vom Arzt verschriebene Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel:					
Medikamente	Dosis (Anzahl der Tabletten oder Tropfen):				
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	wöchentlich
Datum:	Unterschrift:				