



ANMELDEFORUMULAR VIRTUELLES MAGENBAND

Alle Angaben werden strikt vertraulich behandelt.

NAME: _____

ADRESSE: _____

GEBURTSDATUM: _____ BERUF: _____ ZIVILSTAND: _____

TEL: _____ E-MAIL: _____

AKTUELLES GEWICHT: _____ WUNSCHGEWICHT: _____

RAUCHEN SIE? _____ WIE VIELE ZIGARETTEN PRO TAG? _____

TRINKEN SIE ALKOHOL? WENN JA, WIE VIELE GLÄSER PRO TAG _____

WAS IST IHRE ERFAHRUNG MIT DIÄTEN? _____

WIE SIND IHRE ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN? _____

Wie viele Mahlzeiten pro Tag, Naschereien zwischendurch, Suchtverhalten auf Süßes und/oder Saures. Sind grosse Portionen oder einzelne Nahrungsmittel das Problem?

HABEN SIE GESUNDHEITLICHE PROBLEME? _____

Hier sollten alle relevanten Vorerkrankungen und chronischen Erkrankungen erfasst werden. Dazu gehören z.B. Diabetes, Schilddrüsenprobleme, Chronische Darmerkrankungen, Essstörungen, Krebserkrankungen etc.

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN? WENN JA, WELCHE? _____

Es ist wichtig, alle Medikamente zu erfassen. Dazu gehören auch Antidepressiva, Antidiabetika, Krebsmedikamente

LEIDEN SIE UNTER STRESS, ÄNGSTEN, DEPRESSIONEN ODER ANDEREN PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN? WENN JA, WELCHE _____



HABEN SIE KÖRPERLICHE BESCHWERDEN? _____

Hier sollten Informationen zu Symptomen wie Bauchschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Fieber und Müdigkeit erfasst werden,

FAMILIÄRE VORGESCHICHTEN? _____

Hier sollten Informationen über familiäre Vorgeschichten von Krebs, Herzkrankheiten oder Diabetes erfasst werden.

WARUM MÖCHTEN SIE ABNEHMEN? _____

WIE WÜRDEN SICH IHR LEBEN VERÄNDERND, WENN SIE SCHLANKER WÄREN? _____

ANMERKUNGEN _____

Sind Sie damit einverstanden, in unserer Mailingliste gespeichert zu werden, um Newsletter und Informationen über zukünftige Angebote zu erhalten? JA _____ NEIN _____

ORT, DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____