

## Anmeldung Adipositaszentrum

Adipositaszentrum | T +41 55 418 53 00 | adipositas@einsiedeln.ameos.ch

### Zuweiser

Name/Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Praxis/Klinik \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Patient/Patientin

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

### Körperliche Merkmale

Grösse \_\_\_\_\_  
Gewicht \_\_\_\_\_  
BMI \_\_\_\_\_

### Wunsch des Patienten

- eher konservativ (medikamentös)
- eher operativ (Magenbypass / Sleeve)

### Vorerkrankungen

---

---

---

### Diabetes mellitus bekannt?

- Ja
- Nein

### Medikamente

---

---

---

### Bemerkungen

---

---

---

---

---

---

---