

Abteilung für Innere Medizin
Leitung: Prim.^a Dr.ⁱⁿ Mimoza Shema-Kastrati

Zuweisung: Adipositasambulanz

Daten Patient*in: Name: _____ Geburtsdatum: _____ SV-Nr.: _____ Telefonnr.: _____	Zuweiser*in Name & Adresse: _____ _____ Telefon: _____
--	--

Aktuelles Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm BMI: _____
--

	JA	NEIN
Ernährungsberatung bereits erfolgt?	☐	☐
Adipositasmedikation?	☐	☐
Weitere Risikofaktoren? ☐ Art. Hypertonie ☐ DM Typ II ☐ OSAS		
Grund der Zuweisung:		
Anmerkung: - Vorbefunde bitte mitbringen - Folgende Laborbefunde sind mitzubringen: BB, PTZ, Niere, Elyte, Harnsäure, gesamtes Leberprofil, Hba1c, ges. Fettstatus, CRP, NTpro BNP, Eisenstatus, Folsäure, Vitamin D, Vitamin B12, TSH, Gesamteiweiß, Albumin		
Termin in der Adipositasambulanz am:		