

Patient/in

(Bitte Vor- und Rückseite ausfüllen)

ADiMet

Stoffwechsel, Diabetes und Adipositas

Dr. med. Andreas Brunner, Co-Leiter, Medizin
Dr. med. Beat Muggli, Co-Leiter, Chirurgie
Krankenhausstrasse 12 • CH-3600 Thun
Tel 033 226 24 60 • Fax 033 226 24 61
ambulatorium.medizin@spitalststag.ch

Anmeldung

- zur interdisziplinären Stoffwechsel-, Diabetes- und Adipositas-Sprechstunde
- zum Thuner Diabetes Programm (ambulante, kassenpflichtige Rehabilitation)

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Adresse: | PLZ: | Wohnort: |
| Tel. 1: | Tel. 2 (Mobile): | E-Mail: |
| (frühere) Berufstätigkeit: | Pensum/pensioniert seit: | Angehörige/Tel.: |
| Krankenkassen/Versicherungsklasse: | Policen Nr.: | Körpergrösse/Gewicht: |
| Hausärztin/Hausarzt: | Praxis in: | Ich habe Diabetes seit: |

- Ich bin bei einem Endokrinologen (Diabetes-Spezialist) in Betreuung:
Name:
Letzte Konsultation fand statt am:
 Die Behandlung ist abgeschlossen / es sind keine weiteren Termine geplant.
- Ich bin bei einem Kardiologen (Herz-Spezialist) in Betreuung:
Name:
Letzte Konsultation fand statt am:
 Die Behandlung ist abgeschlossen / es sind keine weiteren Termine geplant.
- Frühere Ernährungsberatung (Jahr, Ort, Erfahrung)
- Frühere Diabetesberatung (Jahr, Ort, Erfahrung)

Aktuelle regelmässige körperliche Aktivität:

- Ich betreibe keine regelmässigen, sportlichen Freizeit-Aktivitäten
- Ich bin recht sportlich und trainiere mehrmals wöchentlich
- Ich besitze eigene Nordic Walking Stöcke
- Ich bin in der Lage, 1 Stunde am Stück zu marschieren
Nach Minuten benötige ich eine Pause
- Folgende Beschwerden schränken mich in der Ausübung körperlicher Aktivitäten ein:

So wurde ich auf Ihr Angebot aufmerksam:

- Diabetesberater/in Ernährungsberater/in Hausärztin/Hausarzt andere Arzt/Ärztin
- Spital Publikation in Zeitung/Zeitschrift Publikation im Internet
- öffentliche Informationsveranstaltung andere:

Ich habe mich bereits mit meiner/m Hausärztin/Hausarzt besprochen. Sie/Er unterstützt mein Vorhaben.

Meine Motivation, Hauptanliegen und Ziele:

-
-
-

Gewichtsentwicklung

über die letzten 10 Jahre:

im Speziellen innerhalb des letzten Jahres:

mögliche Gründe dafür:

Tabakkonsum

Wie viel, seit wie vielen Jahren, respektive gestoppt seit:

Besten Dank!

Datum:

Unterschrift: