

Jméno

Příjmení

Datum narození

Pojišťovna

Telefon

Mailová adresa

Aktuální váha:**výška:****Jaké léky užíváte?** (jméno, dávka, jak)**Jakou máte představu o způsobu snižování váhy s naší pomocí:**

1. Dietní režim + pohybová aktivita
2. Dietní režim + pohybová aktivita + léky na hubnutí
3. Dietní režim + pohybová aktivita + bariatrie (operační zákrok)
4. Dietní režim + pohybová aktivita + léky na hubnutí + bariatrie

Máte nějaká přidružená onemocnění ? (zaškrtněte, ev. doplňte podrobněji)

- Diabetes mellitus
- Hypertenze
- Choroby srdce
- Cévní mozková příhoda
- Porucha metabolismu tuků(vysoký cholesterol)
- Onemocnění žlučníku (kameny, operace)
- Onemocnění jater
- Onemocnění ledvin
- Onemocnění štítné žlázy
- Onemocnění kloubů
- Spánková apnoe
- Operace : žlučník , klouby, srdce

Jiné:

Jaká byla vaše nejvyšší váha?

V kolika letech začala Vaše váha stoupat?

Jaké váhy chcete dosáhnout?

Zkoušel/la jste již hubnout?

Dietou Léky Bariatrií (operací) S nutričním terapeutem

Máte nějakou pohybovou aktivitu?

Běžný denní pohyb
 Pravidelný sport- jaký?

Kolikrát týdně a kolik minut

Kolikrát denně jíte?

Která porce je největší?

Ranní Polední Odpolední Večerní

Jaké je Vaše zaměstnání?

Na Vaši první návštěvu s sebou přineste zprávy od lékařů a laboratorní výsledky, které máte k dispozici. Děkujeme, velmi nám to pomůže.