

## 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: