

**Bitte diesen Bogen an die Adipositasambulanz faxen oder mailen. Faxnummer: 0931/201-6039212**

Patientendaten

**Email: [adiopositasambulanz@ukw.de](mailto:adiopositasambulanz@ukw.de)**

Vorname:				Nachname:			
Geburtsdatum:				männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>	
Straße:							
PLZ/Wohnort:							
Telefonnummer des Pat.:				Handy:			
E-Mail-Adresse des Pat.:							

Zuweisender Arzt:						
TelefonNr.:						

Praxisstempel

Größe: \_\_\_\_ m    Gewicht: \_\_\_\_ kg    BMI: \_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**Grund der Vorstellung:**

<b>Adipositas</b>	<input type="checkbox"/> Adipositas-Abklärung und Beratung
	<input type="checkbox"/> Vorstellung im Rahmen der Vorbereitung auf eine bariatrische OP
	<input type="checkbox"/> Nachsorge bei Z.n. Bariatrie:    Jahr der Operation: _____
	<input type="radio"/> Sleeve <input type="radio"/> RYGB <input type="radio"/> Omega-loop-Bypass
	Zentrum: _____

Folgende Unterlagen sind unbedingt mitzufaxen:

**MEDIKAMENTENPLAN (+ SUPPLEMENTE bei Z.n. Bariatrie), VORBEFUNDE, Laborwerte**

**Eine Bearbeitung des Bogens ist ohne diese Unterlagen leider nicht möglich.**

<b>weitere Diagnosen:</b>	
<b>bisherige Therapie/ Diätversuche:</b>	
<b>Fragestellung:</b>	<i>(bitte möglichst genau, da hiervon Zeitpunkt des Termins / Dringlichkeit abhängt; bitte auch Arztbrief / weitere Unterlagen mitfaxen):</i>

Vielen Dank für die Anfrage. Unser Team wird sich mit dem Patient\*in in Verbindung setzen.