

Anmeldung Adipositaszentrum

Adipositaszentrum | T +41 55 418 53 00 | adipositas@einsiedeln.ameos.ch

Zuweiser

Name/Vorname	_____	E-Mail	_____
Praxis/Klinik	_____	Ort/Datum	_____
Telefon	_____		

Patient/Patientin

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Telefon privat	_____
Strasse/Nummer	_____	Mobile	_____
PLZ/Wohnort	_____	Krankenkasse	_____

Körperliche Merkmale

Grösse	_____
Gewicht	_____
BMI	_____

Wunsch des Patienten

- ☐ eher konservativ (medikamentös)
- ☐ eher operativ (Magenbypass / Sleeve)

Diagnosen (ICD-10)

Vorerkrankungen

Diabetes mellitus bekannt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Medikamente

Bemerkungen
