

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Adipositas-Therapie

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm BMI: _____ kg/m²

Zutreffende Indikation bitte ankreuzen Letzte Laborwerte vom: _____

BMI > 30 kg/m² mit folgenden Begleiterkrankungen und / oder medizinischen Risikofaktoren

Bluthochdruck

Hyperplasie der Mammae

Diabetes mellitus (HbA1c)

Respiratorische Erkrankung

Insulinresistenz

Schlaf-Apnoe-Syndrom

Hyperinsulinämie

Gastrointestinale Erkrankung

Fettstoffwechselstörung

Cholelithiasis

Fettleber

Cholecystektomie

Fettschürze

Nephrolithiasis

Hypertriglyceridämie

Blaseninkontinenz

Hypercholesterinämie

Degenerative Gelenkerkrankungen

niedriges HDL-Cholesterin

Coxarthrose

Metabolisches Syndrom

Gonarthrose

Koronare Herzerkrankung

Operationen

Herzinfarkt

Bewegungsmangel

Herzrhythmusstörungen

Psychische Situation und Belastung

Medikamente:

Kosten pro Packung

Welche Diäten wurden bereits durchgeführt?

Datum, Stempel, Unterschrift