



ADIPOSITAS-ZENTRUM TRIER

ADIPOSITAS SELBSTHILFE
GRUPPE



Adipositas-Selbsthilfegruppe Trier am
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen

Patientenstammblatt

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Interessen: _____

Beruf: _____

Ich habe einen OP-Antrag gestellt und warte auf Antwort:

Ich möchte einen Antrag stellen:

Wo wurden Sie operiert? _____

Art der OP: _____

OP Datum: _____

Sollen weitere OPs folgen: Ja Nein

Ich möchte nicht operiert werden:

Ich habe Interesse an folgenden Themen in der Selbsthilfegruppe _____

Ernährungsberatung (Gruppe):

Bewegungstherapie (Gruppe):

Sonstiges: _____

Bitte bringen Sie einen ausgefüllten Bogen zum 1. Treffen mit!

Datum: _____