# Anmeldung

# [ ]  ADiMet Fachgruppe / Stoffwechsel, Diabetes, Ernährung und Adipositas

# [ ]  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: