

Zuweisung zur Adipositas Ambulanz

Name: _____

Geburtsdatum: _____

SV-Nr.: _____

Telefonnr.: _____

Klin. Abt. f. Endokrinologie und Diabetologie

Leiter: Univ.-Prof. Dr. Thomas Pieber

Ambulanz für Diabetes, Lipid- und Stoffwechselkrankheiten

Leiter: Univ.Prof. PD Dr. Harald Sourij, MBA

Tel. +43 (316) 385-13270

Fax +43 (316) 385-14332

diabetes.ambulanz@uniklinikum.kages.at

Aktuelles Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ m BMI: _____ kg/m²

BITTE AUSFÜLLEN UND AN UNS ZURÜCKSENDEN!

JA	NEIN	ZUM ANKREUZEN MIT BESCHREIBUNG ZUR VERVOLLSTÄNDIGUNG			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung bereits erfolgt?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antiadipositasmedikation			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorhergehendes kardiovaskuläres Ereignis / atherosklerotische Erkrankung			
		<input type="checkbox"/> KHK:	<input type="checkbox"/> Myokardinfarkt Datum: _____	<input type="checkbox"/> PTA/Stent/CABG Datum: _____	<input type="checkbox"/> andere _____
		<input type="checkbox"/> zAVK:	<input type="checkbox"/> Insult Datum: _____	<input type="checkbox"/> PTA/Stent/PTA Datum: _____	<input type="checkbox"/> andere _____
		<input type="checkbox"/> pAVK:	<input type="checkbox"/> Amputation Datum: _____	<input type="checkbox"/> PTA/Stent/Bypass Datum: _____	<input type="checkbox"/> andere _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren?			
		<input type="checkbox"/> art. Hypertonie		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	

FRAGESTELLUNG (ZUM ANKREUZEN)

<input type="checkbox"/> Lebensstilberatung	<input type="checkbox"/> Abklärung hinsichtlich bariatrischer OP	<input type="checkbox"/> Nachkontrolle nach bariatrischer OP
---	--	--

Andere Fragestellung: _____

WIRD VOM LKH-UNIV.
KLINIKUM AUSGEFÜLLT

Termin: _____ in der Spezialambulanz nicht notwendig

Blutabnahme: _____ Ernährungsberatung: _____

Ärztliche Besprechung: _____