

FRAGEBOGEN PROWEIGHTLESS

WICHTIG: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen. Bedenken Sie: wir wollen ihrer Gesundheit helfen und ihr nicht im Wege stehen.

Der Fragebogen muss handschriftliche unterschrieben per Mail (info@proweightless.de) oder per Post (Proweightless GmbH, Henkelsgasse 5, 99817 Eisenach) an Proweightless geschickt werden.

Wir prüfen Ihren Fragebogen zusammen mit medizinischem Personal und Ärzten. **Auf Basis dieser Prüfung bestimmen wir die Notwendigkeit und den Umfang der ärztlichen Betreuung.**

Allgemeine Informationen

Name: _____

Vorname: _____

Alter: _____

Geschlecht: _____

Göße: _____

Aktuelles Gewicht (in kg): _____

Wunschgewicht (in kg): _____

Haben Sie aktuelle Daten einer Körperfettanalyse? Wenn ja:

Körperfettanteil: _____

Muskelmasse: _____

Viszeralfett: _____

Sie haben keine aktuellen Daten? Viele Apotheken und/oder Hausärzte bieten eine Messung gegen einen kleinen Obolus an.

Krankheitsbilder:

	Ja		Nein
	Typ 1 <input type="checkbox"/>	Typ 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrolytstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diuretikabehandlung (Wassertabletten)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Niereninsuffizienz (Nierenkrankheit)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Leberinsuffizienz (Leberkrankheit)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pankreasinsuffizienz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Akkute Herz- Kreislaufstörungen (Herzinfarkt oder Schlaganfall in den letzten 6 Monaten)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Herzrythmusstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hämopathien	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Maligne Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen			
Alkoholismus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bulimie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere		
Schwangerschaft oder Stillzeit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nieren und Gallensteinerkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthostatische Hypotonie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kaliumsparende Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergien Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> _____ _____ _____		<input type="checkbox"/>

Medikamente:

Bitte listen sie alle regelmäßig eingenommenen Medikamente auf:

Ich habe alle 3 (drei) Seiten des Fragebogens gelesen und sie wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und beantwortet.

Falsche und nicht wahrheitsgemäße Angaben führen zu einem sofortigem Ausschluss aus dem Proweightless Programm.

Für die Folgen von falschen und nicht wahrheitsgemäßen Angaben übernimmt die Proweightless GmbH keine Haftung.

Ort Datum

Unterschrift