

## Anmeldung Adipositas

**Anmeldung für:****Multimodale konservative Adipositas-Therapie** (Ernährungsberatung und Physiotherapie)**Bariatrische Abklärung****Abklärung zur Bariatrischen Chirurgie****Personalien**

Geschlecht weiblich männlich

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/PLZ/Ort

Telefon/Mobile

E-Mail

Name Versicherung

Policen-Nr.

Rechnungsträger

Unfallversicherung

Krankenkasse

Selbstzahler

**Diagnosen/Nebendiagnosen:****Medikamente:****Medizinische Informationen:**

Grösse:

Gewicht:

BMI:

**Hausarzt****Einweisender Arzt**

Name

Name

Adresse

Adresse

PLZ/Ort

PLZ/Ort

Telefon

Telefon

**Datum****Absender oder Unterschrift**Bitte um Zustellung der Unterlagen per E-Mail an: [adipositaszentrum@spital-lachen.ch](mailto:adipositaszentrum@spital-lachen.ch)