

Eingangsuntersuchung

Datum |_____|_____|_____|
 TT MM JJ

Geburtsdatum |_____|_____|_____|
 TT MM JJ

Gewicht |_____|_____|_____| , |_____| kg

Größe |_____|_____|_____| cm

BMI |_____|_____| , |_____| kg/m²

Bauchumfang |_____|_____|_____| cm

Hüftumfang |_____|_____|_____| cm

Blutdruck _____ / _____ mmHg

Ruhepuls _____ / min

Begleiterkrankungen

_____ |_____|

_____ |_____|

_____ |_____|

_____ |_____|

Sonstiges _____

- 1 = arterielle Hypertonie
- 2 = Hyperlipidämie
- 3 = Schilddrüsenerkrankungen
- 4 = Typ2 Diabetes mellitus
- 5 = Bewegungsapparat
- 6 = rheumatische Erkrankungen
- 7 = KHK
- 8 = psychische Auffälligkeiten
- 9 = Migräne
- 10 = Schlafapnoe
- 11 = Allergien
- 12 = CED
- 13 = Malignom (früher)
- 14 = Lipödem
- 15 = Asthma

Begleitmedikation

Generikum	1 x Dosis / Einheit	morgens	mittags	abends	nachts

Sozioökonomische Daten

Ausgeübter Beruf _____

Schulabschluss _____

Typus caucasisch (europäisch) negroid asiatisch anderes

Geschlecht: männlich ♂ weiblich ♀

Rauchgewohnheiten

Teilnehmer/in ist Nichtraucher
 Exraucher seit ____|____ Jahren
 Raucher

Falls Raucher/Exraucher:

Abusus in Jahren ____|____

Zigaretten/Tag ____|____



Familienanamnese

Hat der der/die Teilnehmer/in Familienangehörige (Eltern, Geschwister, Kinder) die, jünger als 60 Jahre, einen Herzinfarkt erlitten haben?

_____|
1 = ja
2 = nein

Untersuchungsstatus

	Befund / Erkrankung	unauffällig
Lunge und Atemtrakt		<input type="checkbox"/>
Kardiovaskuläres System		<input type="checkbox"/>
Abdominalstatus		<input type="checkbox"/>
Orthopädischer Status		<input type="checkbox"/>

Ergometrie

Ruhe-EKG: Hinweise auf Ausschluss-Kriterien?

_____|
1 = ja
2 = nein

Belastungs-EKG: 1. Stufe 25 Watt | 25-Watt-Stufen | je 120 Sek. pro Stufe | bitte ausbelasten

	Ruhe	75-Watt Stufe	maximale Belastungsstufe
Leistung (Watt)	0	75 Watt	_____ _____ _____ Watt
Dauer der Stufe in Sekunden (1-120 Sekunden)	-	120 Sek.	_____ _____ _____ Sek.
Herzfrequenz /min			
Blutdruck (sys/dia) mmHg	/	/	/

Belastungs-EKG: Hinweise auf Ausschluss-Kriterien?

_____|
1 = ja
2 = nein

Nüchtern-Blutabnahme

Datum |_____|_____|_____|
TT MM JJ

← Bitte **Nummern-/Barcode** einkleben oder eintragen

Überprüfung der Labor-Parameter erfolgt?

_____|
1 = ja
2 = nein

Einschluss aufgrund der **Laborwerte** möglich?

_____|
1 = ja
2 = nein

Fragebogen



Schweigepflichtentbindung
ist vom Teilnehmer unterzeichnet und abgegeben?

(Bitte in blaue Mappe ablegen.)

Einschlusskriterien

*Nur Patienten die alle Einschlusskriterien erfüllen, können eingeschlossen werden
(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- Das 18. Lebensjahr ist vollendet

- Body Mass Index zwischen 30 und 40 kg/m²

- Teilnahme am Sportprogramm möglich

Ausschlusskriterien

*Falls eines der folgenden Kriterien erfüllt wird, ist eine Teilnahme **nicht** möglich.
(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- Leistungsfähigkeit < 75 W über 2 Minuten

- absolute oder relative Kontraindikationen gegen körperliche Aktivität
entsprechend der ACSM-Leitlinien

- Unfähigkeit am Aktivitäts-Programm teilzunehmen aufgrund einer Erkrankung
(z.B. chronische Herzerkrankung, Arrhythmie, Herzklappenerkrankung, Arthritis
größerer Gelenke etc.)

- eingeschränkte motorische Kompetenz und/oder Belastbarkeit des Stütz- und
Bewegungsapparates

- schwere arterielle (Ruhe)Hypertonie ($RR_{\text{sys}} \geq 165$ und/oder $RR_{\text{diast}} \geq 115$ mmHg)

- Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ1

- bei vorliegendem Diabetes mellitus Typ2:
 - diabetisches Fußsyndrom ab Stadium 1

 - schwere Polyneuropathie (7 Punkte im Neuropathie Symptom Score (NSS))

 - schwere diabetische Retinopathie (visus unter 0,1 oder frische Blutungen am
Augenhintergrund)

- chronische Niereninsuffizienz ab Stadium 3 (GFR < 60 ml/min)

- Leberwerte (GPT oder Gamma-GT) um mehr als das dreifache erhöht

- Appetitzügler, Abmagerungsmittel

- psychiatrische Erkrankungen mit dauerhaft ärztlicher Überwachung

- Essstörung (Bulimie, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder)

- Zustand nach Malignom mit krankheitsfreiem Intervall kürzer als 5 Jahre

Unterschrift Arzt: _____ Datum: _____



Zwischenuntersuchung (nach 6 Monaten)

Datum |_____|_____|_____|
 TT MM JJ

Gewicht |_____|_____|_____|, |_____| kg

Größe |_____|_____|_____| cm

Bauchumfang |_____|_____|_____| cm

Hüftumfang |_____|_____|_____| cm

Blutdruck _____/____ mmHg

Ruhepuls _____/ min

Hat der/die Teilnehmer/in im vergangenen Halbjahr ein Diätnahrungsmittel (Mahlzeitenersatz, Formula-Produkt) eingenommen?

Produktname: _____

|_____|
1 = ja
2 = nein

Wenn ja, wie lange wurde die Diätahrung eingenommen? |_____|_____| Wochen

Begleitmedikation

Änderung der bisherigen Medikation?

|_____|
1 = ja
2 = nein

Wenn ja, bitte Veränderung eintragen:

Generikum	1 x Dosis / Einheit	morgens	mittags	abends	nachts

Adverse events (unerwünschte Ereignisse und Begleiterkrankungen)



Hinweise für „Adverse events“?

|_|

Wenn ja, bitte Seite 11 „Adverse events“ ausfüllen!

1 = ja
2 = nein



Nüchtern-Blutabnahme

Datum |_|_|_|_|
TT MM JJ

[Empty rectangular box for patient number or barcode]



Bitte **Nummern-/Barcode** einkleben oder eintragen

Überprüfung der Labor-Parameter erfolgt?

|_|

1 = ja
2 = nein

Weitere Teilnahme am Programm möglich?

|_|

1 = ja
2 = nein



Unterschrift Arzt: _____ Datum: _____



Abschlussuntersuchung

Datum |_____|_____|_____|
TT MM JJ

Gewicht |_____|_____|_____| , |_____| kg

Größe |_____|_____|_____| cm

Bauchumfang |_____|_____|_____| cm

Hüftumfang |_____|_____|_____| cm

Blutdruck _____/_____ mmHg

Ruhepuls _____/ min

.....
Hat der/die Teilnehmer/in im vergangenen Halbjahr ein Diätnahrungsmittel
(Mahlzeitenersatz, Formula-Produkt) eingenommen?

Produktname: _____

1 = ja
2 = nein |_____|

Wenn ja, wie lange wurde (im 2. Hj.) die Diätahrung eingenommen? |_____|_____| Wochen

.....
Begleitmedikation

Änderung der bisherigen Medikation?

1 = ja
2 = nein |_____|

Wenn ja, bitte Veränderung eintragen:

Generikum	1 x Dosis / Einheit	morgens	mittags	abends	nachts

.....
Adverse events (unerwünschte Ereignisse und Begleiterkrankungen)

Hinweise für „Adverse events“?

|_____|

Wenn ja, bitte Seite 11 „Adverse events“ ausfüllen!

1 = ja
2 = nein



Ergometrie

Belastungs-EKG: 1. Stufe 25 Watt | 25-Watt-Stufen | je 120 Sek. pro Stufe | bitte ausbelasten

	Ruhe	75-Watt Stufe	maximale Belastungsstufe
Leistung (Watt)	0	75 Watt	_____ _____ _____ Watt
Dauer der Stufe in Sekunden (1-120 Sekunden)	-	120 Sek.	_____ _____ _____ Sek.
Herzfrequenz /min			
Blutdruck (sys/dia) mmHg	/	/	/

.....

Nüchtern-Blutabnahme durchgeführt?

Datum |_____|_____|_____|
TT MM JJ

← Bitte **Nummern-/Barcode** einkleben oder eintragen

Überprüfung der Labor-Parameter erfolgt?

_____|
1 = ja
2 = nein

.....

Unterschrift Arzt: _____ Datum: _____



Programmabbruch

Der/Die Teilnehmer/in hat das Programm abgebrochen am:

Datum |_|_|_|_|_|
TT MM JJ

Sind die Gründe für den Abbruch bekannt?

|_|
1 = ja
2 = nein

Wenn ja, Angabe des Grundes:

Programmabbruch

Unterschrift Arzt: _____ Datum: _____



