Bewegungstagebuch

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Zeitraum (von…bis…): _____

Hinweise: Es sind mindestens 2,5 Stunden Sport pro Woche ab Erstkontakt im Zentrum nachzuweisen.

(S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas 2010; Begutachtungsleitfaden. Adipositas-Chirurgie (Bariatrische und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen – Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen 2017)

Quittungen von Schwimmbadbesuchen etc. bitte auf DIN A4 Blätter aufkleben und abgeben (Wichtig: Namen und Geburtsdatum angeben)

Datum	Uhrzeit (von…bis…)	Dauer	Aktivität	Nachweis (Stempel und/ oder Unterschrift)
z. B. 12.08.15	z. B. 10:00-10:30 Uhr	z. B. 30 Minuten	z. B. Schwimmen, Walken, Hockergymnastik	z. B. vom Kursleiter, Bademeister

Datum	Uhrzeit (von…bis…)	Dauer	Aktivität	Nachweis (Stempel und/oder Unterschrift)
z. B. 12.08.15	z. B. 10:00-10:30 Uhr	z. B. 30 Minuten	z. B. Schwimmen, Walken, Hockergymnastik	z. B. vom Kursleiter, Bademeister

Seite: ___ von ___

Ernährungsteam/ Apotheke

Bewegungstagebuch

St.-Johannes-Hospital
Schwerpunktkrankenhaus
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

Datum	Uhrzeit (von…bis…)	Dauer	Aktivität	Nachweis (Stempel und/oder Unterschrift)
z. B. 12.08.15	z. B. 10:00-10:30 Uhr	z. B. 30 Minuten	z. B. Schwimmen, Walken, Hockergymnastik	z. B. vom Kursleiter, Bademeister

Seite: ___ von ___