

Kartleggings skjema Vekt og ernæring

Høyde:

Vekt:

Din maksvekt:

Vekthistorie (Skriv hvor lenge du har hatt overvekt, og beskriv tidligere gjennomførte kosttiltak/diett med vekttap)

--

Sivil status:

Antall barn:

Yrke:

Stillingsprosent:

Vektrelaterte tilleggspilger (sett kryss)

Ja

Nei

	Ja	Nei
Søvnapné (spesifiser hvis du bruker C-PAP)		
Høyt blodtrykk		
Diabetes (skriv inn dato for diagnose samt medikasjon)		
Høyt kolesterol		
Reflux (sure oppstøt)		
Depresjon/andre psykiske plager		
Muskel- og skjelettsmerter		
Brøkk/rectusdiastase		
Kroniske magesmerter, kronisk diare, IBS, endometriose etc.		
Tidligere dyp venetrombose eller lungeemboli		
Andre kroniske sykdommer/plager, vennligst spesifiser		

Medisiner:

Faste medikamenter:

Allergier, inkludert medisinske allergier:

Tar du noen kosttilskudd i dag? Hvis ja, spesifiser hvilke:

Spisemønster:

Hva slags spisemønster har du? (Uregelmessig, regelmessig, tidsavgrenset?)

Antall måltider daglig:

	Ja	Nei
Småspiser du mellom måltidene?		
Har du ofte søtsug?		
Bruker du mat for å regulere følelser?		
Spiser du på nettene?		
Har du, eller har du tidligere hatt, en spiseforstyrrelse?		

Fysisk aktivitet/trening (Hva slags type, hyppighet):

--

Levevaner (sett kryss):

	Nei	Av og til	Daglig
Alkohol			
Røyk			
Snus			
Andre rusmidler			

Når du er ferdig med utfylling av skjemaet logger du inn på www.aleris.no og laster opp dokumentene til din journal.