Diätenprotokoll

KLINIKUM VEST

Name, Vorname: _____

Soweit vorhanden, bitte Nachweise beifügen.

Diät / Versuch der Gewichtsreduktion z.B. Weight Watchers, Pulverprodukte, Appetitzügler, etc.	**Zeitraum** z.B. von Jan 2011 – März 2011	**Gewichtsverlust** z.B. 12 kg	**Wie lange gehalten ohne Diät?** z.B. 2 Monate