Diätenprotokoll

KLINIKUM VEST

Name, Vorname: _____

Diät/ Versuch der Gewichtsreduktion z. B. Weight Watchers, Pulverprodukte, Appetitzügler, etc.	**Zeitraum** z. B. von Jan 2015 – März 2015	**Gewichtsverlust** z. B. 12 kg	**Wie lange gehalten ohne Diät?** z. B. 2 Monate

Soweit vorhanden, bitte Nachweise beifügen.