



Adipositas Zentrum Essen

Zertifiziertes Referenzzentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie

Bewegungstagebuch

Name:

Vorname:

Geb.Dat.:

Woche*	Wochen- tag**	Datum:	Aktivität**:	Dauer (min)	(ggf. Stempel Unterschrift)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

*bitte zählen Sie die einzelnen Wochen

**bitte tragen Sie immer den Wochentag Montag – Sonntag ein

** (mind. 150 Min. pro Woche, nicht an einem Tag, in Form von Ausdauer-, Kraftausdauer- oder Rehasport)

Beispiel:

Woche*	Wochen- tag**	Datum:	Aktivität**:	Dauer (min)	(ggf. Stempel Unterschrift)
<u>1</u>	<u>Montag</u>	<u>18.09.2023</u>	<u>Rehasport</u>	<u>45 Minuten</u>	