

Alfried Krupp Krankenhaus

Adipositas Zentrum Essen

Zertifziertes Referenzzentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie

Bewed	uunast	tane	huc	h
DCWC	luliysi	Laye	ouc	Н

	Name:			Vorname:	Geb.Dat.:		
	Woche*	Wochen- tag**	Datum:	Aktivität**:		Dauer (min)	(ggf. Stempel Unterschrift)
				·			
trum							
sitaszen			·				
9.2-4 gültig seit 27.10.2023 Adipositaszentrum							
.10.20	*bitte zäh	ılen Sie die	einzelnen Wo	chen			
seit 27	*bitte tra	gen Sie imi	mer den Woch	entag Montag – Sonntag ein			
4 gültig	, **(mind. ⁻	150 Min. pı	ro Woche, nich	nt an einem Tag, in Form von Ausd	auer-, Kraftau	ısdauer- oder Reh	nasport)
M.509.2	Beispiel:						
Bewegungstagebuch / F QM.50	Woche*	Wochen- tag**	Datum:	Aktivität**:		Dauer (min)	(ggf. Stempel Unterschrift)
gstage	1	<u>Montag</u>	18.09.2023	Rehasport		45 Minuten	· · •,
Sewegun)						