



Adipositas Zentrum Essen

Zertifiziertes Kompetenzzentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie

Bewegungstagebuch

Name:

Vorname:

Geb.Dat.:

Woche: Datum:

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

Dauer:
(min)

Nachweis:
(ggf.
Stempel
/Unterschrift)
