

**LE PATIENT DONNERA EN MAIN PROPRE CE DOCUMENT COMPLÉTÉ AU MÉDECIN DE CURE.
MERCI DE NE PAS L'ENVOYER PAR COURRIER.**

CRITÈRES OBLIGATOIRES

OUI Le patient n'a pas de troubles psychiques sévères
(trouble psychotique non stabilisé, dépression grave...).

OUI Le patient comprend au moins l'une des langues véhiculaires :
Français / Allemand / Luxembourgeois

OUI Le patient n'a pas d'insuffisance respiratoire ou cardiaque sévèrement décompensée.

POUR L'ACCÈS EN CURE OBÉSITÉ

(stationnaire ou ambulatoire)

ou

IMC supérieur à 35 (Indice de Masse Corporelle)

IMC supérieur ou égal à 30 associé avec au moins un des critères suivants :

Diabète sucré avec HbA1c > 7 %
Hypertension résistante au traitement avec une TA sup. à 140/90 mmHg malgré
un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de trois antihypertenseurs
Syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique réalisé
dans le laboratoire de sommeil d'un hôpital (**joindre une copie de l'examen svp**)
Type morphologique androïde (tour de taille sup. 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme)
Antécédents cardiologiques (coronaropathie/cardiomyopathie documentée)

NOM
PRÉNOM
DATE / / MATRICULE
POIDS KG TAILLE cm IMC
TÉLÉPHONE PATIENT

DIABÈTE INSULINOTRAITÉ **OUI** **NON**
HYPERTENSION TA /
TEST D'EFFORT (ERGOMÉTRIE) DE MOINS DE 12 MOIS **OUI (joindre le rapport svp)** **NON**

ATC médicaux & autres remarques (traitement en cours, aptitude à l'activité physique...):

.....
.....
.....
.....

Signature et cachet

Service Nutrition
(+352) 23 666-8230 ou nutrition@mondorf.lu

**DER PATIENT MUSS DIESES DOKUMENT DEM KURARZT AUSGEFÜLLT ABGEBEN.
BITTE NICHT PER POST VERSENDEN.**

**OBLIGATORISCHE
VORAUSSETZUNGEN**

JA es bestehen keine schweren psychischen Störungen
(instabile Psychose, schwere Depression...)
JA der Patient versteht eine der Umgangssprachen:
Französisch / Deutsch / Luxemburgisch
JA es besteht keine schwere respiratorische oder kardiale Insuffizienz.

**FÜR DEN ZUGANG
ZUR ADIPOSITASKUR**
(Stationnär oder ambulant)

BMI höher als 35 (Body Mass Index)
oder
BMI bei 30 oder höher, im Zusammenhang mit mindestens einem der folgenden Kriterien:

Diabetes mit einem Hb A1c über 7%
Bluthochdruck mit einem Wert über 140/90 trotz einer medikamentösen Behandlung
mit drei Antihypertensiva während eines Jahres
Schlaf-Apnoe-Syndrom diagnostiziert in einem Schlaflabor
(bitte Befundbericht beifügen)
Androide Form (Bauchumfang bei Frauen von über 88 cm, bei Männern von über 102 cm)
Dokumentierte Kardiopathie (Koronaropathie, Kardiomyopathie...)

DATUM / / NAME
VORNAME
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER
GEWICHT KG GRÖSSE cm BMI
TELEFONNUMMER DES PATIENTEN

DIABETES MIT INSULIN BEHANDELT **JA** **NEIN**
HYPERTONIE RR /
BELASTUNGS-EKG < 12 MONATE ALT **JA (Befundbericht bitte beifügen)** **NEIN**

Krankengeschichte & andere Bemerkungen (laufende Behandlung, Eignung für körperliche Aktivität...):

.....
.....
.....
.....

Unterschrift und Stempel

Ernährungsabteilung
(+352) 23 666-8230 oder nutrition@mondorf.lu