



Bewegungstagebuch

Name der Patient:in, des Patienten:

Sehr geehrte Patient:in, sehr geehrter Patient,

die Hauptursache für Übergewicht liegt in unserem Energiehaushalt. Eine unausgewogene Ernährung, fettreiche Fast Food-Snacks, zu üppige Portionen und stark gesüßte Erfrischungsgetränke wirken sich negativ auf unseren Energiehaushalt aus: Es werden deutlich mehr Kalorien zugeführt, als der Körper im Alltag benötigt. Erschwerend kommt hinzu, dass die körperliche Bewegung in den Berufen und oft auch im privaten Bereich deutlich zurückgeht.

Eine viel zu energiereiche Ernährung steht einem hierfür zu geringen Energiebedarf gegenüber. Wird dieses Zuviel an Energie nicht durch Bewegung genutzt, legt der Körper die ungenutzte Energie als Reserven in Fett an.

Um Gesundheitsrisiken zu senken und eine nachhaltige Gewichtsreduktion zu schaffen, wurde ein multimodales Konzept aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und psychosomatischer Mitbehandlung (Verhalten) entwickelt – für einen Weg aus der Adipositas. Dieser ganzheitliche Ansatz bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen Ernährungsmediziner:innen, Psycholog:innen, Ernährungs- und Bewegungstherapeut:innen – und der Mitwirkung der Patient:innen. Die drei Bestandteile des Konzepts: Ernährung, Bewegung und Verhalten.

Das Programm dauert etwa ein Jahr. Es richtet sich nach den anerkannten Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft sowie der medizinischen Fachgesellschaften und der Krankenkassen.

Drei Bestandteile des Therapiekonzepts: Ernährung – **Bewegung** – Psychosomatik

Warum muss ich ein Bewegungstagebuch führen?

Übergewicht entsteht, wenn die Energiezufuhr größer ist als der Energieverbrauch des Körpers. Ihr Bewegungstagebuch bietet Ihnen, Ihren behandelnden Ärzt:innen und auch Ihrer Krankenkasse einen Überblick darüber, in wieweit Sie sich mit dem Thema der Gewichtsreduktion beschäftigt haben. Was jedoch viel wichtiger ist: Es zeigt, wie erfolgreich bzw. erfolglos alle bisherigen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion waren.

Das Führen eines Bewegungstagebuchs ist Teil des multimodalen Konzepts, das aus den drei Bestandteilen Ernährung, Bewegung und Verhalten besteht.

Für einen dauerhaften Erfolg ist es wichtig, dass Sie sowohl die bewusste Ernährung als auch die Bewegung in Ihren Alltag integrieren.

So führen Sie Ihr Bewegungstagebuch

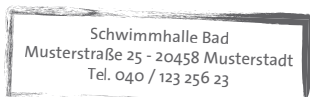
Bewegung steigert den Energieumsatz, hemmt den Appetit, verbessert das allgemeine Wohlbefinden, baut Fett ab und Muskelmasse auf. Besprechen Sie mit Ihrer ärztlichen Praxis, welche Art der Bewegung/des Sports für Sie am besten ist. Fangen Sie langsam und behutsam unter Aufsicht an und steigern Sie nach und nach Ihr Bewegungspensum. Trainieren Sie **zwei Mal pro Woche** jeweils **mindestens eine Stunde**. Hierbei sollten Sie auf eine ausgeglichene Mischung aus Ausdauer (z. B. Nordic Walking, Laufbandtraining, oder Crosstraining), Ganzkörpertraining (z. B. Schwimmen, Pilates oder Zumba) und Krafttraining (z. B. Gerätetraining) achten. Im Bewegungsprotokoll sollten Sie alle sportlichen Aktivitäten, die Sie unter Aufsicht absolvieren, dokumentieren.

Hierzu zählen etwa:

- Schwimmen
- Reha-Sport
- Physiotherapie
- Vereinssport
- Training im Fitnessstudio

Sprechen Sie Ihre Trainer:innen oder die Mitarbeitenden in den entsprechenden Einrichtungen an und lassen Sie sich die jeweilige Trainingseinheit abzeichnen. **Maßnahmen, die Sie zu Hause durchführen, werden nicht anerkannt.** Dennoch ist es hilfreich, diese zusätzlich zu dokumentieren – es unterstreicht Ihre Motivation.

Datum: 25.06.2023



Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

1 Stunde Schwimmen

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

S. Müller

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

A. Meyer

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: 28.06.2023

2 Stunden Walken

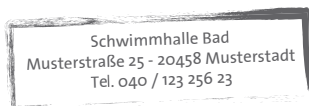
Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

A. Meyer

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: 02.07.2023



Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

1,5 Stunden Schwimmen

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

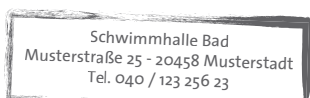
S. Müller

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

A. Meyer

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: 04.07.2023



Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

2 Stunden Schwimmen

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

S. Müller

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

A. Meyer

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

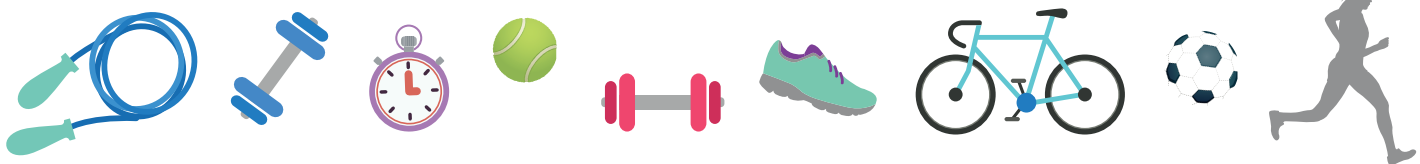
Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten



Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

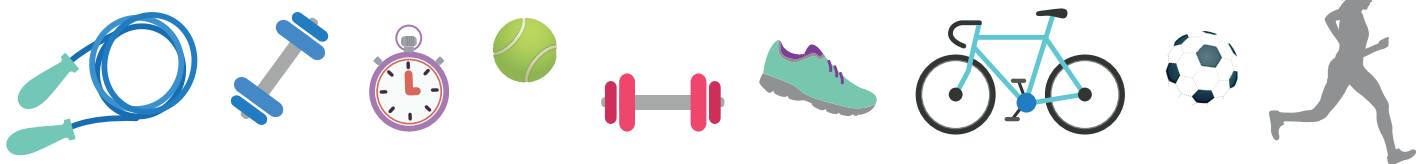
Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten



Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

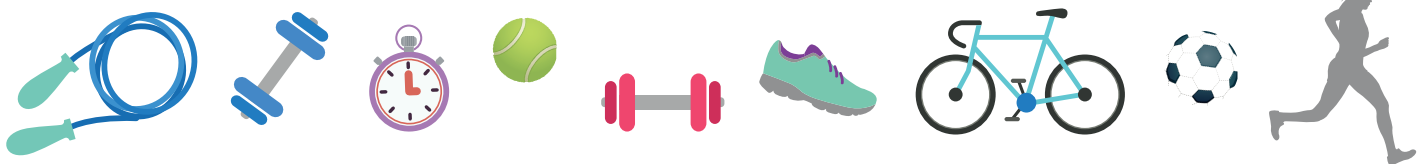
Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten



Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

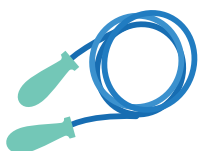
Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten



Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

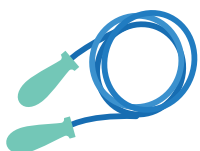
Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten



Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

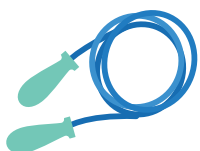
Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten



Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

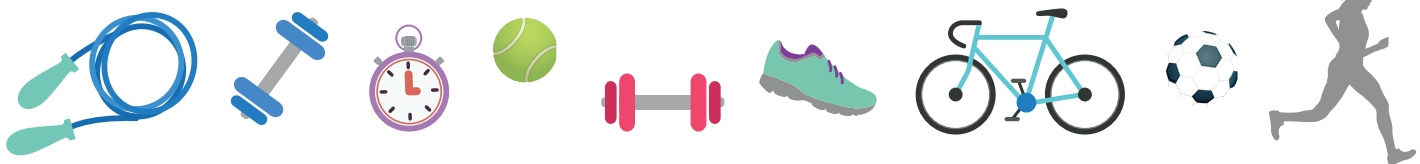
Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten



Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten

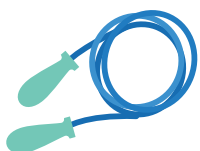
Datum: _____

Besuchte Kurse / Veranstaltungen / freie Trainings

Unterschrift der Studiomitarbeitenden, Trainer:innen, Physiotherapeut:innen

Stempel des Sportvereins / des Fitnessclubs /
der Schwimmhalle / des Rehasports

Unterschrift der Patient:in, des Patienten



Universitäres Adipositas-Centrum

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52, 20246 Hamburg | Gebäude O10, Erdgeschoss, Gang A

Telefon: (040) 7410 - 28599 | E-Mail: adipositas@uke.de

Im Falle eines akuten Notfalls erreichen Sie uns werktags in der Zeit von
10.00 bis 16.00 Uhr unter der Mobilfunknummer: 01522 - 2815 245

oder 24 Stunden über unsere Notfallambulanz: (040) 7410 - 35000

www.uke.de/adipositas