

ANAMNESE- UND ZUWEISUNGSFORMULAR

EASYKIDS (Bitte vollständig ausfüllen)

Vor- und Nachname:

Geschlecht: m w

Geburtsdatum:

SV-Nummer:

Versicherungsträger: ÖGK BVAEB

Straße:

Wohnort / PLZ:

Telefon:

Mail:

BASIS-ERHEBUNG / ANAMNESE

Fragen	Antworten
--------	-----------

Alter	_____ Jahre
Aktuelle Körpergröße	_____ cm
Aktuelles Körpergewicht	_____ kg
Blutdruck	_____
BMI absolut	_____
BMI-Perzentile	<input type="checkbox"/> Übergewicht (≥ 90 Perzentile) <input type="checkbox"/> Adipositas (≥ 97 er Perzentile)

Fragen	Antworten
Erstvorstellung	<input type="checkbox"/>
Verlaufskontrolle	<input type="checkbox"/>
Beginn der Gewichtszunahme (Alter in Jahren angeben)	_____
Auslöser?	_____

Bekannte Vorerkrankungen	
Operationen	
Allergien	
Dauermedikamente	

Laboruntersuchung (bitte erst nach Programmstart):

- Serumkonzentrationen von Gesamt-Cholesterin
- HDL-/ LDL-Cholesterin
- Triglyzeride
- Lipoprotein (a)
- Leberenzyme (gamma GT/ ASAT/ ALAT)
- Harnsäure
- Glukose (nüchtern)
- TSH
- HbA1c

Wir stimmen zu, dass die Daten des Anamnese- und Zuweisungsformulars an den Proges als Grundlage für die Aufnahme in das Projekt „easykids“ übermittelt werden.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift der Patientin/des Patienten (ab 14 Jahren)

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes