ÜBERWEISUNG ins Projekt „easykids“

(Bitte vollständig ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass nur ÖGK und BVAEB versicherte Kinder zwischen 6 und 14 Jahren aufgenommen werden können.)

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname: |       |
| Geschlecht: | m ☐ w ☐ |
| Geburtsdatum: |       |
| SV-Nummer: |       |
| Versicherungsträger: | ÖGK [ ]  BVAEB [ ]  |
| Straße: |       |
| Wohnort / PLZ: |       |
| Telefon: |       |
| Mail: |       |
|  |  |

BASIS-ERHEBUNG / ANAMNESE

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragen** | **Antworten** |
| AlterAktuelle KörpergrößeAktuelles KörpergewichtBlutdruckBMI absolutBMI-Perzentile  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Übergewicht (≥ 90 Perzentile)☐ Adipositas (≥ 97er Perzentile)☐ Extreme Adipositas (≥ 99.5er Perzentile) |
| **Fragen** | Antworten |
| Erstvorstellung ☐Verlaufskontrolle ☐Beginn der Gewichtszunahme(Alter in Jahren angeben)Auslöser? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Gewichtsverlauf**(Laut Mutter-Kind-Pass auszufüllen) | Geburtsgewicht: \_\_\_\_ gGeburtslänge: \_\_\_\_ cm Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gestillt  Formula-Nahrung 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alter | Gewicht | Größe | Auffälligkeiten |
| 3-5 M |  |  |  |
| 1 J |  |  |  |
| 2 J |  |  |  |
| 3 J |  |  |  |
| 4 J |  |  |  |
| 5 J |  |  |  |

 |
| Andere übergewichtige Familienmitglieder | ☐ Mutter☐ Vater☐ Geschwister |
| *Bei Verlaufskontrolle:* Gewichtsverlauf seit der letzten Vorstellung?Rehabilitation (Schönsicht Klinik, St. Veit)? In-form individuell Programm? | Nein  / Ja  wenn ja, wann? \_\_\_\_\_\_ Nein  / Ja  wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_\_ Nein  / Ja  wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_\_  |
| Bekannte Vorerkrankungen |  |
| Operationen |  |
| Allergien |  |
| Dauermedikamente |  |

Die Laboruntersuchung für diverse Blutparameter wird nach dem Programmstart

angefragt. Wir treten dazu mit Ihnen in Kontakt.

☐ Wir stimmen zu, dass die Daten des Anamnesebogens an die AVOS GmbH als Grundlage für die Aufnahme in das Projekt „easykids“ übermittelt werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Datum | Arztstempel / Unterschrift |