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** |
| Alter  Aktuelle Körpergröße  Aktuelles Körpergewicht  Blutdruck  BMI absolut  BMI-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: \_\_\_\_ g  Geburtslänge: \_\_\_\_ 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 |