

ANAMNESE- UND ZUWEISUNGSFORMULAR EASYKIDS

(Bitte vollständig ausfüllen)

Vor- und Nachname:

Geschlecht: m w

Geburtsdatum:

SV-Nummer:

Versicherungsträger: ÖGK BVAEB SVS

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 (97er - 99,5er Perzentile) |

Fragen

Antworten

Erstvorstellung

Verlaufskontrolle

Beginn der Gewichtszunahme
(Alter in Jahren angeben)

Auslöser?

Geburtsgewicht: _____ g

Geburtslänge: _____ cm

Schwangerschaftswoche: _____

Gestillt Formula-Nahrung

Gewichtsverlauf
(laut Mutter-Kind-Pass auszufüllen)

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

Andere übergewichtige
Familienmitglieder

- Mutter
- Vater
- Geschwister

| | |
|---|--|
| <p><i>Bei Verlaufskontrolle:</i></p> <p>Gewichtsverlauf seit der letzten Vorstellung?</p> <p>Rehabilitationsaufenthalt?</p> | <p>Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wann? _____</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wann? _____ wenn ja, wo? _____</p> |
| <p>Bekannte Vorerkrankungen</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Operationen</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Allergien</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Dauermedikamente</p> | <p>_____</p> |

Laboruntersuchung NÜCHTERN

Die Laboruntersuchung (nüchtern) mit den angeführten Werten wird vor Programmstart angefragt. Wir treten dazu mit Ihnen in Kontakt.

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

- Wir stimmen zu, dass die Daten des Anamnese- und Zuweisungsformulars an den avomed 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