

ANAMNESE- UND ZUWEISUNGSFORMULAR

EASYKIDS – VORARLBERG

(Bitte vollständig ausfüllen)

Vor- und Nachname
Kind: _____

Geschlecht: m w

Geburtsdatum: _____

SV-Nummer: _____

Name
Erziehungsberechtigter: _____

Versicherungsträger: ÖGK BVAEB SVS Sonstige

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

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

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

Folgende Laboruntersuchung für diverse Blutparameter werden 2 Wochen vor Programmstart benötigt:

Laboruntersuchung

- 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 die aks gesundheit GmbH 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