

Ärztliche Verordnung

(zur Vorlage bei der Krankenkasse)

einer Patientenschulung für übergewichtige/adipöse Kinder/Jugendliche

Richtig Fit – Kinderleicht (Schulungsprogramm "leichter, aktiver, gesünder" KgAS)

durch das Team von Dipl.-Oecotrophologin Antje Schlüschen,

Tel.: 04181/969069, VDOe-zertifiziert, DAG-zertifiziert, www.ernaehrung-therapie.de

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ Ort

KV-Nummer

Körpergewicht kg

Körpergröße cm

Telefon

- Übergewicht (BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile), **BMI =** _____
- Adipositas (BMI > 97. Perzentile), **BMI =** _____
- extreme Adipositas (BMI > 99,5. Perzentile), **BMI =** _____

Risikofaktoren/ Erkrankungen:

Letzte Laborwerte vom: _____ (können auch als Kopie angehängt werden)

- Bluthochdruck: RR: _____ mmHg
- Fettstoffwechselstörungen: Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
- HDL: _____ mg/dl
- LDL: _____ mg/dl
- Triglyzeride: _____ mg/dl
- Diabetes mellitus Blutzucker: _____ mg/dl
- Hyperurikämie Harnsäure: _____ mg/dl
- Hypothyreose TSH: _____ mU/l
- Leber GPT: _____ U/L
- FT 4: _____
- Sonstiges: _____
- Orthopädische Erkrankungen: _____

Übergewicht, Adipositas-relevante Erkrankungen in der Familie (Diab. mell. Typ 2, Hypertonie, früher Herzinfarkt, Arteriosklerose, Hyperurikämie):

Mutter: _____ Vater: _____

Großmutter ms.: _____ Großmutter vs.: _____

Großvater ms.: _____ Großvater vs.: _____

Geschwister: _____

- Eine psychische Störung/manifeste Essstörung wird ausgeschlossen
- Eine sekundäre/ syndromale Adipositas (z.B. Prader-Willi-Syndrom) wird ausgeschlossen
- Bisher durchgeführte Maßnahmen (z.B. eigene Bemühungen mit Unterstützung des Arztes):

- Gruppen- und Schulungsfähigkeit vorhanden
- Motivation des Patienten/ der Familie vorhanden

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Leistungsantrag

Hiermit beantragen wir eine Kostenerstattung für die Schulung **Richtig Fit – Kinderleicht** nach § 43 SGB V (**Gesamtkosten 2100,00 €**)

Datum

Unterschrift der Eltern

Stempel/Genehmigung der Krankenkasse