

# 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](http://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. Typ2, 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 1600,00 €)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern

\_\_\_\_\_  
Stempel/Genehmigung der Krankenkasse