

## ANAMNESE- UND ZUWEISUNGSFORMULAR

### EASYKIDS (Bitte vollständig ausfüllen)

Vor- und Nachname:

---

Geschlecht: m  w

---

Geburtsdatum:

---

SV-Nummer:

---

Versicherungsträger: ÖGK  BVAEB

---

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 ( $\geq 90$ Perzentile) <input type="checkbox"/> Adipositas ( $\geq 97$ er Perzentile)

Fragen	Antworten
Erstvorstellung	<input type="checkbox"/>
Verlaufskontrolle	<input type="checkbox"/>
Beginn der Gewichtszunahme (Alter in Jahren angeben)	_____
Auslöser?	_____



Bekannte Vorerkrankungen	
Operationen	
Allergien	
Dauermedikamente	

**Laboruntersuchung (bitte erst nach Programmstart):**

- 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 den Proges 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**