

## ÜBERWEISUNG ins Projekt „easykids“

(Bitte vollständig ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass **nur ÖGK und BVAEB versicherte Kinder zwischen 4 und 14 Jahren** aufgenommen werden können.)

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) <input type="checkbox"/> Extreme Adipositas ( $\geq 99.5$ er Perzentile)

<b>Fragen</b>	<b>Antworten</b>																												
<p>Erstvorstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/></p> <p>Beginn der Gewichtszunahme (Alter in Jahren angeben)</p> <p>Auslöser?</p>	<p>_____ Jahre</p> <p>_____</p> <p>Geburtsgewicht: ___ g</p> <p>Geburtslänge: ___ cm</p> <p>Schwangerschaftswoche: _____</p> <p>Gestillt <input type="checkbox"/>      Formula-Nahrung <input type="checkbox"/></p>																												
<p><b>Gewichtsverlauf</b> (Laut Mutter-Kind-Pass auszufüllen)</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Alter</th> <th style="width: 15%;">Gewicht</th> <th style="width: 15%;">Größe</th> <th style="width: 55%;">Auffälligkeiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3-5 M</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Alter	Gewicht	Größe	Auffälligkeiten	3-5 M				1 J				2 J				3 J				4 J				5 J			
Alter	Gewicht	Größe	Auffälligkeiten																										
3-5 M																													
1 J																													
2 J																													
3 J																													
4 J																													
5 J																													
<p>Andere übergewichtige Familienmitglieder</p>	<p><input type="checkbox"/> Mutter</p> <p><input type="checkbox"/> Vater</p> <p><input type="checkbox"/> Geschwister</p>																												
<p><i>Bei Verlaufskontrolle:</i></p> <p>Gewichtsverlauf seit der letzten Vorstellung?</p> <p>Rehabilitation (Schönsicht Klinik, St. Veit)?</p> <p>In-form individuell Programm?</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, seit wann? _____</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> wenn ja, seit wann? _____</p>																												

---

Bekannte Vorerkrankungen

Operationen

Allergien

Dauermedikamente

---

**Die Laboruntersuchung für diverse Blutparameter wird nach dem Programmstart angefragt. Wir treten dazu mit Ihnen in Kontakt.**

- Wir stimmen zu, dass die Daten des Anamnesebogens an die AVOS GmbH als Grundlage für die Aufnahme in das Projekt „easykids“ übermittelt werden.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte

---

Datum

Arztstempel / Unterschrift