**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** **Datum: 21.08.2023**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragen**  | **Antworten** |
| Alter |       Jahre |
| Aktuelle Körpergröße |       cm |
| Aktuelles Körpergewicht |       kg |
| Blutdruck |       |
| BMI absolut |       |
| BMI-Perzentile | [ ]  Übergewicht (≥ 90 Perzentile)[ ]  Adipositas (≥ 97er Perzentile)[ ]  Extreme Adipositas (≥ 99.5 Perzentile) |
| **Fragen**  | **Antworten** |
| ErstvorstellungVerlaufskontrolle | [ ] [ ]  |
| Beginn der Gewichtskontrolle |       Jahre |
| Auslöser |       |
| Geburtsgewicht |       g |
| Geburtslänge |       cm |
| Schwangerschaftwoche |       |
|  | [ ]  Gestillt [ ]  Formula-Nahrung |

Gewichtsverlauf (lt. Mutter-Kind Pass auszufüllen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alter | Gewicht | Größe | Auffälligkeiten |
| 3-5 M |       |       |       |
| 1 J |       |       |       |
| 2 J |       |       |       |
| 3 J |       |       |       |
| 4 J |       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Andere übergewichtige Familienmitglieder | [ ]  Mutter[ ]  Vater[ ]  Geschwister |
| Bei Verlaufskontrolle |  |
| Gewichtsverlust seit der letzten Vorstellung? | [ ]  Nein [ ]  Ja Wenn ja, warum:       |
| Rehabilitationen (Schönsicht Klinik, St. Veit)? | [ ]  Nein [ ]  Ja Wenn ja, seit wann:       |
| In-form individuell Programm | [ ]  Nein [ ]  JaWenn ja, seit wann:       |
| 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 |