**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** | |
| Erstvorstellung  Verlaufskontrolle |  | |
| 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  Ja  Wenn 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 |