

## ÜBERWEISUNG ins Projekt „easykids“

(Bitte vollständig ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass **nur ÖGK und BVAEB versicherte Kinder zwischen 6 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: \_\_\_\_\_

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)

Fragen	Antworten																												
<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><b>Gewichtsverlauf</b> (Laut Mutter-Kind-Pass auszufüllen)</p> <table border="1" data-bbox="735 965 1355 1494"> <thead> <tr> <th>Alter</th> <th>Gewicht</th> <th>Größe</th> <th>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> <p>Andere übergewichtige Familienmitglieder</p>	Alter	Gewicht	Größe	Auffälligkeiten	3-5 M				1 J				2 J				3 J				4 J				5 J				<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>
Alter	Gewicht	Größe	Auffälligkeiten																										
3-5 M																													
1 J																													
2 J																													
3 J																													
4 J																													
5 J																													
<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, warum? _____</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