

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 (≥ 90 Perzentile) <input type="checkbox"/> Adipositas (≥ 97er Perzentile)

Fragen

Antworten

Erstvorstellung

Verlaufskontrolle

Beginn der
Gewichtszunahme
(Alter in Jahren
angeben)

Auslöser?

Geburtsgewicht: ____ g

Geburtslänge: ____ cm

Schwangerschaftswoche: _____

Gestillt Formula-Nahrung

Gewichtsverlauf
(laut Mutter-Kind-Pass
auszufüllen)

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

Andere übergewichtige
Familienmitglieder

- Mutter
 Vater
 Geschwister

<i>Bei Verlaufskontrolle:</i>	
Gewichtsverlauf seit der letzten Vorstellung?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wann? _____
Rehabilitationsaufenthalt?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wann? _____ wenn ja, wo? _____
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 die aks gesundheit GmbH 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