

BASIS-ERHEBUNG

Datum: _____

Fragen	Antworten
Vor- und Nachname Geburtsdatum SV-Nummer	_____ _____ _____
Alter Geschlecht Aktuelle Körpergröße Aktuelles Körpergewicht Blutdruck BMI absolut / Perzentile	_____ Jahre m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> _____ cm _____ kg _____ <input type="checkbox"/> Übergewicht (≥ 90 Perzentile) <input type="checkbox"/> Adipositas (≥ 97 er Perzentile) <input type="checkbox"/> extreme Adipositas (≥ 99.5 Perzentile)
Laboruntersuchung: <ul style="list-style-type: none"> • Serumkonzentrationen von Gesamt-Cholesterin • HDL-/ LDL-Cholesterin • Triglyzeride • Lipoprotein (a) • Leberenzyme (gamma GT/ ASAT/ ALAT) • Harnsäure • Glukose (nüchtern) • TSH • HbAc1 	

ANAMNESE-BOGEN

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

<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>
<p>Bekannte Vorerkrankungen</p>	
<p>Operationen</p>	
<p>Allergien</p>	
<p>Dauermedikamente</p>	

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