

BASIS-ERHEBUNG

Datum: _____

Fragen	Antworten
Vor- und Nachname	_____
Geburtsdatum	_____
SV-Nummer	_____
Alter	_____ Jahre
Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Aktuelle Körpergröße	_____ cm
Aktuelles Körpergewicht	_____ kg
Blutdruck	_____
BMI absolut BMI-Perzentile	_____
	<input type="checkbox"/> Übergewicht (≥ 90 Perzentile) <input type="checkbox"/> Adipositas (≥ 97 er Perzentile) <input type="checkbox"/> Extreme Adipositas (≥ 99.5 er Perzentile)

Die Laboruntersuchung für diverse Blutparameter wird nach dem Programmstart angefragt. Wir treten dazu mit Ihnen in Kontakt.

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