**BASIS-ERHEBUNG** **Datum: 25.01.2023**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragen**  | **Antworten** |
| Vor- und Nachname |       |
| Geburtsdatum |       |
| SV-Nummer |       |
| Alter |       |
| Geschlecht | m [ ]  w [ ]  |
| Aktuelle Körpergröße |       cm |
| Aktuelles Körpergewicht |       kg |
| Blutdruck |       |
| BMI absolut / Perzentile | [ ]  Übergewicht (≥ 90 Perzentile)[ ]  Adipositas (≥ 97er Perzentile)[ ]  Extreme Adipositas (≥ 99.5 Perzentile) |

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

**ANAMNESE-BOGEN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragen**  | **Antworten** |
| ErstvorstellungVerlaufskontrolle | [ ] [ ]  |
| 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[ ]  JaWenn ja, warum:       |
| Rehabilitationen (Schönsicht Klinik, St. Veit)? | [ ]  Nein[ ]  JaWenn ja, seit wann:       |
| In-form individuell Programm | [ ]  Nein[ ]  JaWenn ja, seit wann:       |
| Bekannte Vorerkrankungen |       |
| Operationen |       |
| Allergien |       |
| Dauermedikamente |       |

[ ]  **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