**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** |
| Erstvorstellung  Verlaufskontrolle |  |
| 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  Ja  Wenn ja, warum: |
| Rehabilitationen (Schönsicht Klinik,  St. Veit)? | Nein  Ja  Wenn ja, seit wann: |
| In-form individuell Programm | Nein  Ja  Wenn 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