

ANAMNESE- UND ZUWEISUNGSFORMULAR

(Bitte vollständig ausfüllen)



Vor- und Nachname: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w _____

Geburtsdatum: _____

SV-Nummer: _____

Versicherungsträger: ☐ ÖGK ☐ BVAEB ☐ SVS ☐ Sonstige: _____

Straße: _____

Wohnort / PLZ: _____

Telefon: _____

Mail: _____

BASISERHEBUNG / ANAMNESE

Fragen	Antworten
Alter	_____ Jahre
Aktuelle Körpergröße	_____ cm
Aktuelles Körpergewicht	_____ kg
Blutdruck	_____
BMI absolut	_____
BMI-Perzentile	☐ Übergewicht (BMI-Perzentile 90,0 - 97,0) ☐ Adipositas (BMI-Perzentile 97,0 - 99,5)



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)	<table><thead><tr><th>Alter</th><th>Gewicht</th><th>Größe</th><th>Auffälligkeiten</th></tr></thead><tbody><tr><td>3-5 M</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1 J</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2 J</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3 J</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4 J</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5 J</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Alter	Gewicht	Größe	Auffälligkeiten	3-5 M				1 J				2 J				3 J				4 J				5 J			
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? Rehabilitationsaufenthalt?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann: _____ ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann: _____ Wenn ja, wo: _____
Bekannte Vorerkrankungen Operationen Allergien Dauermedikamente	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Laboruntersuchung:

Diese ist **ab einer BMI-Perzentile $\geq 97,0$ UND ab einem Alter von ≥ 10 Jahren** erforderlich.
Nach finaler Zusage zur Programmteilnahme sind folgende Blutparameter bestimmen zu lassen (wir treten dazu mit Ihnen in Kontakt):

- Gesamt-Cholesterin
- HDL-/ LDL-Cholesterin
- Triglyzeride
- Lipoprotein (a)
- Leberenzyme (GGT/ ASAT/ ALAT)
- Harnsäure
- Glukose (nüchtern)
- TSH
- HbA1c



- ☐ Wir stimmen zu, dass die Daten des Anamnese- und Zuweisungsformulars als Grundlage für die Aufnahme in das Programm
- ☐ **easykids Burgenland** an *PROGES – Wir schaffen Gesundheit*
- ☐ **easykids Kärnten** an *Die Kärntner Volkshochschulen GmbH*
- ☐ **easykids Oberösterreich** an *PROGES – Wir schaffen Gesundheit*
- ☐ **easykids Salzburg** an *AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH*
- ☐ **easykids Steiermark** an *Styria vitalis – Gesundheit für die Steiermark*
- ☐ **easykids Tirol** an *avomed - Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol*
- ☐ **easykids Vorarlberg** an *aks Gesundheit GmbH*

übermittelt werden.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift der Patientin/des Patienten (ab 14 Jahren)

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes