



Dr. med. T. Kauth , Kinder- u. Jugendarzt, Sportmedizin, Ernährungsmediziner (DAEM/DGEM), ärztl. Leiter,
H. Kessler, Diätassistentin, K. Kolb, Diätassistentin, Ernährungswiss., E. Vogelsang-Haase, Dipl.-Heilpädagogin

Anmeldung zur Adipositaschulung in Ludwigsburg

- o FITOC-Programm (Dauer 12 Monate, **AOK BW, Nicht-BKK-Kassen, 8-11 Jahre**)
- o Integrierte Versorgung (Dauer 12 Monate, **nur BKK-Versicherte, 5-16 Jahre**)

Personendaten:

Name Patient : _____ Geburtstag: ___/___/_____

Anschrift : _____

Krankenkasse : _____

Telefon Patient: _____ Geschlecht: o Mädchen o Junge
(wichtig für Terminvereinbarung)

Größe: _____ (in m) Gewicht: _____ (kg) BMI: _____ (kg/m²) (BMI P97 = _____) (P99.5= _____)
(Der BMI muss über der P 99.5 –Perzentile liegen oder über der P97-Perzentile mit zusätzlich vorliegendem Risikofaktor oder einer Erkrankung; siehe Tabelle unten)

Die folgenden Angaben können auch von Dr. Kauth mit Hilfe der Eltern erfragt/erhoben werden.

<p>Bei dem Kind bestehen folgende übergewichtsassoziierte Risiken oder Erkrankungen:</p> <p>Risikofaktoren</p> <p><input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA, folgende:</p> <p><input type="radio"/> Familiäre Belastung mit</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ II bei den Eltern<input type="radio"/> Herzinfarkt/Schlaganfall vor 55. Lj. bei Verwandten 1. und 2. Grades<input type="radio"/> Insulinresistenz<input type="radio"/> Hypercholesterinämie	<p><input type="radio"/> Folgende Erkrankungen liegen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Arterieller Bluthochdruck<input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ 2<input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung<input type="radio"/> Endokrinologische Störung<input type="radio"/> gestörte Glukosetoleranz<input type="radio"/> Pubertas präcox<input type="radio"/> polyzyst. Ovar - Syndrom<input type="radio"/> Orthopädische Probleme<input type="radio"/> Erkrankungen von Leber/Gallenwegen<input type="radio"/> Schlafapnoe<input type="radio"/> mit Adipositas assoziierte Syndrome<input type="radio"/> Medikamentös induzierte Adipositas<input type="radio"/> Neurologische Störungen<input type="radio"/> Psychische Probleme
---	--

Behandelnder Arzt:

oder Stempel des Arztes (mit Tel.) :

Name/Vorname: _____

Anschrift: PLZ/Ort: _____
Straße: _____

Telefon: _____

(Die Angabe des behandelnden Arztes inkl. Telefon ist wichtig für Nachfragen, Quartalsberichte, gemeinsame Betreuung)

Bitte dieses Formular zur Anmeldung per Fax an Dr. T. Kauth (Fax: 07141-2993059)