

ABSCHLUSSUNTERSUCHUNGSFORMULAR

(Bitte vollständig ausfüllen)



Vor- und Nachname: _____

Geschlecht: m w _____

Geburtsdatum: _____

SV-Nummer: _____

Versicherungsträger: ÖGK BVAEB _____

Straße: _____

Wohnort / PLZ: _____

Telefon: _____

Mail: _____

BASISERHEBUNG / ANAMNESE

Fragen	Antworten
Alter	_____ Jahre
Aktuelle Körpergröße	_____ cm
Aktuelles Körpergewicht	_____ kg
Blutdruck	_____
BMI absolut	_____
BMI-Perzentile	<input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI-Perzentile 90,0 - 97,0) <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI-Perzentile 97,0 - 99,5)



Laboruntersuchung:

- Serumkonzentrationen von Gesamt-Cholesterin
- HDL-/ LDL-Cholesterin
- Triglyzeride
- Lipoprotein (a)
- Leberenzyme (gamma GT/ ASAT/ ALAT)
- Harnsäure
- Glukose (**nüchtern**)
- TSH
- HbA1c

Wir stimmen zu, dass die Daten des Abschlussuntersuchungsformulars für Evaluierungszwecke des Programms „easykids“ an *PROGES – Wir schaffen Gesundheit* übermittelt werden.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift der Patientin/des Patienten (ab 14 Jahren)

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes