

ANAMNESE- UND ZUWEISUNGSFORMULAR

(Bitte vollständig ausfüllen)



Vor- und Nachname: _____

Geschlecht: m w _____

Geburtsdatum: _____

SV-Nummer: _____

Versicherungsträger: ÖGK BVAEB SVS Sonstige:

Bitte beachten Sie: in Salzburg und Oberösterreich können derzeit nur ÖGK- und BVAEB-versicherte Kinder am Programm teilnehmen.

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)



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)

Alter	Gewicht	Größe	Auffälligkeiten
3-5 M			
1 J			
2 J			
3 J			
4 J			
5 J			

Andere übergewichtige
Familienmitglieder

Mutter

Vater

Geschwister



<p><i>Bei Verlaufskontrolle:</i></p> <p>Gewichtsverlauf seit der letzten Vorstellung?</p> <p>Rehabilitationsaufenthalt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, wann: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, wann: _____</p> <p>Wenn ja, wo: _____</p>
<p>Bekannte Vorerkrankungen</p> <p>Operationen</p> <p>Allergien</p> <p>Dauermedikamente</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Die **Laboruntersuchung** für folgende Blutparameter bitte **erst nach finaler Zusage zur Programmteilnahme** durchführen lassen (wir treten dazu mit Ihnen in Kontakt):

- 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 Anamnese- und Zuweisungsformulars als Grundlage für die Aufnahme in das Programm
 - easykids Oberösterreich** an *PROGES – Wir schaffen Gesundheit*
 - easykids Salzburg** an *AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH*
 - easykids Steiermark** an *Styria vitalis*
 - easykids Tirol** an den *avomed - Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol*
 - easykids Vorarlberg** an die *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