



- 1.) Die **Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung** wird vom betreuenden **Arzt** ausgefüllt und muss sowohl an die Krankenkasse als auch an den jeweiligen **JumboKids-Standort** gefaxt bzw. per Post geschickt werden.
- 2.) Der **Antrag auf Kostenerstattung** wird von der jeweiligen Familie ausgefüllt und mit einer Kopie der Ärztlichen Notwendigkeit an die **Krankenkasse** gefaxt oder per Post geschickt. (Kostenerstattung beläuft sich bei alle Krankenkassen auf 70 – 90 % bei regelmäßiger Teilnahme (min. 80% der Termine).

Bei sozial schwach gestellten Familien (Hartz-IV-Empfängern): Ausgefüllte und unterschriebene Abtrittserklärung ebenso an die Krankenkasse faxen oder per Post schicken.

- 3.) Die Familie nimmt entweder über die Kontaktdaten auf dem Flyer telefonisch oder über die Homepage (<http://www.jumbokids.eu/Anmeldung.php>) Kontakt zum jeweiligen JumboKids-Standort auf.
- 4.) Die Familie wird vom Gruppenleiter auf die Warteliste gesetzt und hinsichtlich eines verhaltenstherapeutischen Anamnesegesprächs informiert.
- 5.) Nach dem Anamnesegespräch füllen die Familien den JumboKids-Vertrag aus. Hierdurch sind die Familien verbindlich angemeldet.
- 6.) Vor dem Gruppenstart bekommt jede angemeldete Familie ein Willkommenspaket. Darin wird der Termin der Auftaktveranstaltung genannt. Daneben wird nochmals auf den Ablauf hinsichtlich der Kostenerstattung durch die Krankenkasse verwiesen.



Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ambulanten Therapie als Ergänzende Rehabilitation gemäß § 43 Satz 1, 2 SGB V, Integrierte Versorgung

QM-Handbuch

Personendaten:

Name/Vorname Patient: _____ Geburtstag: ____/____/____

Straße/PLZ/Ort: _____

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

Körpergröße: _____ m Körpergewicht: _____ kg BMI-Perzentile: _____
Blutdruck (im sitzen nach 5 min. Ruhe) systolisch: _____ mmol diastolisch: _____ mmol

Aktuelle Laborwerte vom _____ (Datum) sind als Kopie beigefügt.

Ambulantes Adipositasprogramm „JumboKids/Teens“:

<input type="checkbox"/>	Extreme Adipositas $\geq 99,5$ BMI-Perzentile	Adipositas als Krankheitsbild
<input type="checkbox"/>	Adipositas ≥ 97 . BMI-Perzentile + mind. 1 adipositas-assoziierte Begleiterkrankung oder mind. 1 Risikofaktor	<u>Folgende Risikofaktoren liegen vor:</u> <input type="checkbox"/> Insulinresistenz <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> familiäre Belastung: Übergewicht in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister); Diabetes mellitus Typ 2 bei mind. einem Elternteil; Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades
<input type="checkbox"/>	Übergewicht ≥ 90 . BMI-Perzentile + mind. 1 adipositas-assoziierte Begleiterkrankung	<u>Folgende Begleiterkrankungen liegen vor:</u> <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 <input type="checkbox"/> gestörte Glucosestoffwechsel <input type="checkbox"/> Pubertas praecox (vorzeitige Pubertätsentwicklung) <input type="checkbox"/> Syndrom der polyzystischen Ovarien <input type="checkbox"/> Orthopädische Erkrankungen

Folgende Kriterien sind erfüllt:

- Kind und Eltern sind motiviert, aktiv an dem Schulungsprogramm teilzunehmen und die Inhalte in der Familie umzusetzen.
- Das betreffende Kind ist gruppen- und schulungsfähig und verfügt über gute Deutschsprachkenntnisse
- Es bestehen keine medizinischen Bedenken gegen die Teilnahme, insbesondere keine psychischen Störungen (manifeste Essstörungen) oder sekundäre oder syndromale Adipositasformen (z. B. Prader-Willi-Syndrom)
- Eigenverantwortliche durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion im häuslichen Umfeld waren erfolglos. Folgende Maßnahmen wurden im Bereich Ernährung, Bewegung und Verhaltensänderung durchgeführt: (z. B. sportliche Aktivitäten, 4 x Ernährungsberatung, Präventionskurs z.B. JumboKids „Light“)

- Bisher durchgeführte Maßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen (pädiatrische) Versorgung, sowie wiederholte ärztliche Beratungen seit 12 Monaten waren erfolglos. Folgende medizinische Maßnahmen wurden in den letzten 12 Monaten im Rahmen der vertragsärztlichen (pädiatrischen) Versorgung zur Überwachung des Übergewichtes bzw. Adipositas durchgeführt (z.B. mtl. Gewichtskontrolle, führen eines Ernährungs- u. Bewegungsprotokolle, Laborwerte kontrollieren, ggf. dauerhaft erfolglose stationäre RehaMaßnahme):

Aus ärztlicher Sicht ist die Teilnahme an einer ambulanten interdisziplinären Schulungsmaßnahme, wie Sie die Ernährungstherapeutische Schwerpunktpraxis Kim Stäublin – JumboKids Zentrale leistet, dringend erforderlich.

Datum: _____ Unterschrift/Stempel (Arzt) _____

Antrag auf Kostenerstattung

für

Therapieangebote für übergewichtige, adipöse und extrem adipöse Kinder und Jugendliche

JumboKids-Zentrale: Kim Stäublin Diätassistentin VDD, Römerweg 40, 71083 Herrenberg, www.jumbokids.eu

Vor-/ Name des Versicherten _____
Versicherungsnummer _____
Str./Nr. PLZ/Ort. _____
Tel. /Mobil _____
Geb. Dat. des Versicherten _____
IBAN _____
BIC _____

WICHTIG: Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beilegen!

Ambulantes Adipositasprogramm Ergänzende Rehabilitation gemäß § 43.1,2 SGB V,
Integrierte Versorgung 140a SGB V

O JumboKids Ambulantes Adipositasprogramm
für übergewichtige, adipöse und extrem adipöse
Kinder und Jugendliche mit Behandlungsbedürftige Erkrankung

Kosten: 1.740,- €
Kosten pro Monat: 145,- €
Dauer: 12 Monate
Kassenbonus bitte bei Ihrer Kasse erfragen. In der Regel 80-100 % möglich!

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten



Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die Therapie bei **JUMBO Kids** wird in folgendem Umfang gewährt:



Abtrittserklärung an die Krankenkasse

– Abtretung der **JUMBO^{Kids}** Gebühren –

Patientendaten/Kind :

Vor-/ Name des Versicherten _____
Versicherungsnummer _____
Str./Nr. PLZ/Ort. _____
Tel. /Mobil _____
Geb. Dat. des Versicherten _____
IBAN _____
BIC _____

Abtretungserklärung:

Die Ansprüche auf Kostenerstattung für das Ambulante Therapieprogramm

JUMBO^{Kids} trete ich hiermit an die *JumboKids-Zentrale* ab.

Ich bitte die _____, die Kosten für die
(Name der Krankenkasse)

JUMBO^{Kids} Teilnahme, monatlich direkt mit der *JumboKids-Zentrale*
(*Die EssSchule-Kim Stäublin, Jumbokids-Management*) abzurechnen.

Die *JumboKids-Zentrale* benötigt hierfür die Adresse inkl. Fax-Nr. des Krankenkassen Ansprechpartners.

Ort/Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten