

Name, Adresse des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Vertragsarzt-Nr.      VK gültig bis      Datum

**Ärztliche****Notwendigkeitsbescheinigung**

§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder Integrierte Versorgung

**Weitere Personendaten:**

Körpergröße: \_\_\_\_\_ m      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg (mit Kleider)

Taillenumfang: \_\_\_\_\_      Blutdruck: \_\_\_\_\_ systolisch mmHg      \_\_\_\_\_ diastolisch mmHg

**Prävention § 20: Ernährungstherapie + Präventionskurs (Dauer: 4-6 Monate)**

- Übergewicht (BMI 25-29,9) Kids/Teens (  $\geq 90$ . BMI-Perzentile)       Essstörung (Bulimie, Anorexie, Binge-Eating)
- Adipositas (BMI > 30) Kids/Teens (  $\geq 97$ . BMI-Perzentile)       Nahrungsmittelunverträglichkeit (Fructose/Lactose/Histamin)
- ohne** behandlungsbedürftige Risikofaktoren des Stoffwechsels oder Begleiterkrankungen.

**Ergänzende Rehabilitation § 43: Ambulantes Adipositasprogramm ( Dauer: 12 Monate)**

<input type="checkbox"/>	Extreme Adipositas Erwachsene (BMI $\geq 40$ ) Extreme Adipositas Kids/Teens ( $> 99,5$ BMI-Perzentile)	Adipositas als Krankheitsbild
<input type="checkbox"/>	Adipositas Erwachsene (BMI $\geq 30$ ) Adipositas Kids/Teens ( $\geq 97$ . BMI-Perzentile)  + mind. 1 adipositas-assoziierte Begleiterkrankung oder mind. 1 Risikofaktor	Folgende <b>Risikofaktoren</b> liegen vor:  <input type="checkbox"/> Insulinresistenz <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> familiäre Belastung: Übergewicht bzw. Adipositas in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Diabetes mellitus Typ 2 bei den Eltern; Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades
<input type="checkbox"/>	Übergewicht Erwachsene ( BMI 25-29,9 ) Übergewicht Kids/Teens ( $\geq 90$ . BMI-Perzentile )  + mind. 1 adipositas-assoziierte Begleiterkrankung	Folgende <b>Begleiterkrankungen</b> liegen vor:  <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

 Aktuelle Laborwerte vom \_\_\_\_\_ (Datum) sind als Kopie beigefügt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel (Arzt) \_\_\_\_\_

Arzt: Seite 1 von 2



Krankenkasse

Name, Adresse des Versicherten

geb. am

assen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Vertragsarzt-Nr.      VK gültig bis      Datum

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder Integrierte Versorgung

### Ergänzende Rehabilitation § 43: Ambulantes Adipositasprogramm ( Dauer: 12 Monate)

#### Folgende Kriterien sind erfüllt:

- Patient ( oder Kind und Eltern) sind motiviert, aktiv an dem Schulungsprogramm teilzunehmen und die Inhalte in der Familie umzusetzen.
- Patient (oder 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 „Aktiv-leichter werden“ (oder JumboKids „Light“))

- Bisher durchgeführte Maßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen (pädiatrische) Versorgung zur Überwachung des Übergewichtes bzw. Adipositas durchgeführt (z.B. mtl. Gewichtskontrolle, führen eines Ernährungs- u. Bewegungsprotokolls, Laborwerte kontrollieren, ggf. dauerhaft erfolglose stationäre Rehamaßnahmen):

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel (Arzt) \_\_\_\_\_

Arzt: Seite 2 von 2

