

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

