

Anlage 1 Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung des behandelnden Kinder- und Jugendarztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Kinder- und jugendärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Teilnahme an der Patientenschulungsmaßnahme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas zur Vorlage bei der AOK Bayern

Die Teilnahme an der Patientenschulungsmaßnahme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas als ergänzende Leistung zur Rehabilitation gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 38 SGB IX ist aus folgenden Gründen notwendig:

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Body-Mass-Index (BMI) _____ kg/m²

BMI-Perzentile > 90 <= 97 (Übergewicht)

> 97 <= 99,5 (Adipositas)

> 99,5 (extreme Adipositas)

	ja	nein
Medizinische Risikofaktoren vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Risikofaktoren vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adipositas-assoziierte Erkrankungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht bei Eltern / Großeltern / Geschwistern vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bisher wurden folgende Maßnahmen zur Gewichtsreduktion durchgeführt:
eigenverantwortlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

_____	_____
_____	_____
_____	_____

	ja	nein
Motivation der Familie, aktiv an der Schulungsmaßnahme teilzunehmen, vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppenfähigkeit vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungsfähigkeit vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf das Vorliegen von psychischer Störungen liegen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf das Vorliegen von manifesten Essstörungen liegen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf das Vorliegen von sekundären und syndromalen Adipositas-Formen (z. B. Prader-Willi-Syndrom) liegen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum	Unterschrift Kinder- und Jugendarzt	Praxisstempel