

Antrag zur Kostenübernahme bei der Krankenkasse

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die Teilnahme meines Sohnes / meiner Tochter

Name _____ Vorname _____ geb. am: _____
Adresse: _____
Versicherungsnummer: _____

Hauptversicherter: _____



AdieuPositas GbR
c/o Wiesner
Hübnerstr. 17
80637 München
www.adieupositas.de

an der ambulanten Adipositasschulung _____

Name und Standort der Schulungseinrichtung

nach dem KgAS Schulungsprogramm „Leichter, aktiver, gesünder“. Das einjährige, ambulante Programm umfasst eine Ernährungsschulung, ein Bewegungstraining und eine sozialpsychologische Verhaltenstherapie für übergewichtige und adipöse Kinder unter Einbeziehung der Eltern gemäß § 43 SGB V (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation).

Die Schulungskosten betragen insgesamt € .

Ort, Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten bzw. Versicherten

Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit einer ambulanten Adipositasschulung

Die Notwendigkeit zur Teilnahme des o. a. Patienten / der o. a. Patientin an der Schulungsmaßnahme ergibt sich aus folgender Diagnose: (Zutreffendes ankreuzen)

- Adipositas mit BMI > 99,5. Perzentile
- Adipositas mit BMI > 97. Perzentile **und** Vorliegen von mindestens einer der o. a. Komorbiditäten (Fettstoffwechselstörung; pathologische Glukosetoleranz, orthopädische Auffälligkeiten wie Genua valga, KSF, Epiphysiolysis capitis femoris; Familiäre Belastung mit Übergewicht und davon abhängigen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 55. Lj. bei Verwandten 1. u. 2. Grades)
- Übergewicht mit BMI > 90. Perzentile **und** Vorliegen von ernährungsabhängigen Erkrankungen (Diabetes mellitus Typ II; Orthopädische Auffälligkeiten wie Genua valga, Epiphysiolysis capitis femoris)

Zusätzliche Diagnosen und Risikofaktoren: _____

Bisherige Maßnahmen: _____

Sekundäre und syndromale Formen der Adipositas sowie manifeste psychische Störungen und Essstörungen wurden abgeklärt und ausgeschlossen.

Die Patientin / der Patient verfügt über die notwendigen kognitiven Voraussetzungen zur Teilnahme an einer ambulanten Patientenschulung (normale Schulfähigkeit, Gruppenfähigkeit). Die Familie scheint ausreichend motiviert, aktiv an dem Schulungsprogramm teilzunehmen.

Eine vergleichbare ambulante Maßnahme wurde von der Familie bislang nicht in Anspruch genommen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Vertragsarzt / Vertragsärztin