**ÜBERWEISUNG für das Interventionsprojekt „Down & Up“**

(Bitte vollständig ausfüllen)

***Liebe Kollegin, lieber Kollege!***

*Wir bedanken uns für Ihre Zeit und Ihre Hilfe beim Erfassen der wichtigsten Daten und Untersuchungen für Ihre folgende Patientin/Ihren folgenden Patienten, die/den Sie uns zum Interventionsprojekt DOWN & UP zuweisen.*

**Vorname:** ……………………………………………………………….

**Nachname:** …………………………………………………………….

**Geschlecht:** …………………………………………………

**Geb. Datum:** ……………………………………………….

**SV-Nummer:** ……………………………………………….

**Aktuelle Körpergröße:** …………………

**Aktuelles Körpergewicht:** …………….

**Aktueller BMI plus Perzentile:** ………………

**Aktuell:**

 ☐ Übergewicht (≥90.Perzentile)

 ☐ Adipositas (≥ 97.Perzentile)

 ☐ Adipositas per magna (≥99,5.Perzentile)

**Blutdruck:** …………………………….

**Aktuelle RR-Perzentile:** ……………………………

# Relevante aktuelle Diagnosen:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Aktuelle Medikamente:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Nebendiagnosen:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ist die Patientin, der Patient psychisch ausreichend stabil, um am Down & Up Programm im Rahmen von Gruppentherapien teilzunehmen:** Ja ☐ Nein ☐

**Erstvorstellung:** ☐

**Verlaufskontrolle:** ☐ seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beginn der problematischen Gewichtszunahme (Alter in Jahren angeben):** ………………………

**Mögliche Auslöser:** ………………………………………………………………………………………………………………

**Geburtsgewicht:** ………………………………

**Geburtslänge:** ………………………………….

**SS-Woche:** ……………………… ☐ Spontangeburt ☐ per geplanter Sektio

gestillt ☐ voll- bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Monate, teil- bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Monate

Formula – Nahrung von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Monaten bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Monaten

**Gewichtsverlauf (laut MKP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alter** | **Größe (Perzentile)** | **Gewicht****(Perzentile)** | **Auffälligkeiten** |
| **3-5 Monate** |  |  |  |
| **1 Jahr** |  |  |  |
| **2 Jahre** |  |  |  |
| **3 Jahre** |  |  |  |
| **4 Jahre** |  |  |  |
| **5 Jahre** |  |  |  |
| **6 Jahre** |  |  |  |

**Andere übergewichtige Familienmitglieder:**

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Geschwister

**Weitere Auffälligkeiten in der Familienanamnese:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………. …………………………………………………………...

# Datum, Ort Stempel und Unterschrift der

**Ärztin/des Arztes**