



# ÜBERWEISUNG für das Interventionsprojekt „Down & Up“

(Bitte vollständig ausfüllen)

## Ärztliche Bestätigung für die Anmeldung

Name des Kindes: .....

Geschlecht: m  w

Geburtsdatum: .....

**Aktuelle Körpergröße:**

.....

**Aktuelles Körpergewicht:**

.....

**Aktuelle Perzentile:**

.....

**Aktueller BMI:**

.....

**Corona Schutzimpfung:**

Kind/Jugendlicher:

geimpft O wie oft: .....

genesen O Gültigkeit bis .....

nicht geimpft O

teilnehmende Bezugsperson (Vor-Nachname) .....

geimpft O wie oft: .....

genesen O Gültigkeit bis .....

nicht geimpft O

**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

**Weitere Anmerkungen:**

.....

.....

**Datum, Ort**

**Stempel und Unterschrift der  
Ärztin/des Arztes**