

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:

.....
.....

Verein Down & Up

Verein zur Adipositas-Prävention und- Intervention bei Kindern und Jugendlichen
St.Veiter Straße 130
9020 Klagenfurt



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			

Kontakt: office@downandup.at

Homepage: www.down-and-up.at

Verein Down & Up

Verein zur Adipositas-Prävention und- Intervention bei Kindern und Jugendlichen
St.Veiter Straße 130
9020 Klagenfurt



Andere übergewichtige Familienmitglieder:

- Mutter
- Vater
- Geschwister

Weitere Auffälligkeiten in der Familienanamnese:

.....

.....

.....

.....

.....

Datum, Ort

.....

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

Kontakt: office@downandup.at

Homepage: www.down-and-up.at