

# Ärztliche Bescheinigung

In unserer Praxis wird folgender Patient behandelt:

\_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(wohnhaft : Stadt/Gemeinde, Straße, Hausnummer)

## Der oben genannte Patient hat folgende Werte:

Körpergröße: _____	Gewicht: _____
BMI: _____	Perzentile: _____
Blutdruck: _____	
Puls: _____	
Cholesterinwert: _____	HDL: _____ LDL: _____
Triglyceride: _____	
TSH: _____	
Orthopädische Störungen: _____	

## Glucosetoleranz, wenn bei einem Elternteil Diabetes vorliegt:

Blutzucker _____	HbA1 _____	OGT _____
------------------	------------	-----------

## Therapieziel:

Gewicht halten und wachsen       Gewicht reduzieren und wachsen

Nachweis über erfolglose ambulante Maßnahmen:

- Ernährungsberatung vom behandelnden Arzt erfolgt: Ja       Nein
- Diätetische Maßnahmen mit der Familie besprochen: Ja       Nein

Motivation der Familie ist gegeben: Ja       Nein

Aus kinderärztlicher Sicht ist jetzt ein therapeutisches Vorgehen dringend angezeigt. Wir bitten um Übernahme der Kosten für das ambulante Schulungsprogramm move & eat & more nach

**§ 43 SGB V** um Familie \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ bei ihrem Vorhaben zu unterstützen.

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift des Arztes und Stempel der Praxis)