

Nachweis über erfolglose ambulante Maßnahmen

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Welche der folgenden Maßnahmen haben Sie vor Ort ergriffen, um Ihrem Kind bei der Gewichtsreduktion zu helfen?

Führung eines Ernährungsprotokolls Ja Nein

Versuch einer Ernährungsumstellung Ja Nein

Wenn ja, was haben Sie verändert? _____

Wie erfolgreich waren Ihre Umstellungsversuche?

Sehr gut gut mäßig schlecht

In der Familie liegen folgende Erkrankungen vor:

Diabetes Typ I oder II Bluthochdruck

Herzinfarkt Arteriosklerose

Gicht Allergien

