

ANFRAGE AN BEHANDELNDE ÄRZTINNEN/ÄRZTE

Auskunft über die versicherte Person zur Klärung der Indikation einer operativen Behandlung bei (schwerwiegender) Adipositas

versicherte Person

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt/Leistungserbringer

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Telefon/Telefax: _____

Krankenkasse

Anschrift: _____

Fragenkatalog zu Ihrer Patientin/Ihrem Patienten

Körpergröße: _____ cm aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Die Adipositas besteht seit: _____

Begleiterkrankungen:

ANFRAGE AN BEHANDELNDE ÄRZTINNEN/ÄRZTE

aktuelle Medikation:

Besteht/bestand bei Ihrer Patientin/ Ihrem Patienten ein Alkohol- oder Drogenproblem:

ja nein

Besteht eine Kontraindikation für einen Elektiveingriff?

ja nein

Wurden Erkrankungen, die z. B. psychiatrisch/psychosomatisch oder internistisch (z. B. Hypothyreose) zu behandeln sind, ausgeschlossen?

ja nein

Welche Gewichtsreduktionsversuche wurden bisher ärztlich begleitet durchgeführt?

Ernährungsberatung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Adipositasprogramme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
weitere, z. B. Arzneimittel-Therapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

ANFRAGE AN BEHANDELNDE ÄRZTINNEN/ÄRZTE

Bitte weisen Sie oder Ihre Patientin/Ihr Patient die durchgeführte Ernährungstherapie über einen Zeitraum von sechs Monaten durch eine Ernährungsmedizinerin/einen Ernährungsmediziner oder eine anerkannte ernährungstherapeutische Berufsgruppe aus dem Bereich Diätassistenz oder Oecotrophologie bzw. die Betreuung durch eine qualifizierte Einrichtung nach.

Wurde eine ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxis in die Therapie einbezogen? Bitte beschreiben Sie stichpunktartig Art und Umfang dieser Intervention.

Soweit eine Ernährungstherapie im Rahmen einer Reha erfolgt ist, belegen Sie bitte, dass diese für insgesamt sechs Monate unter Kontrolle einer ernährungstherapeutischen Berufsgruppe ambulant fortgeführt wurde. Eigenständige Therapieversuche (diverse Diäten) oder wissenschaftlich nicht anerkannte Gewichtsreduktionsmaßnahmen alleine sind nicht ausreichend.

Wie beurteilen Sie das Ernährungs- und Essverhalten Ihrer Patientin/Ihres Patienten?

ANFRAGE AN BEHANDELNDE ÄRZTINNEN/ÄRZTE

Bestehen Verhaltensauffälligkeiten, die die Entstehung einer Adipositas begünstigen (z. B. Binge-Eating, Bulimie)?

Wie schätzen Sie die Motivation Ihrer Patientin/Ihres Patienten ein?

Sind die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt?

Datum

Unterschrift/Stempel behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt