

## HAUSÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG über die medizinische Notwendigkeit einer Adipositas-Basistherapie

Name, Vorname; Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_ kg    Größe: \_\_\_\_ m    BMI: \_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>    Bauchumfang: \_\_\_\_ cm

INDIKATIONEN
BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> mit Komorbiditäten
BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> ohne Komorbiditäten
Hypertonie
Diabetes mellitus Typ II
Hypercholesterinämie
Hypertriglyzeridämie
Hyperurikämie
Koronare Herzkrankheit
Degenerative Gelenkerkrankungen
Schlafapnoe
Bewegungsmangel
Psychische Belastung
Problematische soziale Situation
Sonstiges:
Aktuelle Medikation: - ggf. Plan beifügen -

**Patient ist fähig zur Teilnahme an einer Gruppenschulung.**

**Eine aktuell manifeste psychiatrische Erkrankung (einschließlich Suchterkrankungen u./o. Ess-Störung):**

- liegt nicht vor.
- liegt vor, ist jedoch unter Behandlung seit \_\_\_\_\_ stabil.
- psychiatrische/psychotherapeutische Mitbehandlung seit \_\_\_\_\_ .
- liegt unbehandelt vor.

**Eine sekundäre Adipositas wurde ausgeschlossen.**

**Bereits durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion:**

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durch Patient eigenverantwortlich durchgeführt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**>>> Sofern vorliegend, geben Sie bitte Ihrem Patienten aktuelle Laborwerte und wesentliche Facharztberichte mit. DANKE!**

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift des Hausarztes: