

Absender:

.....
.....
.....

KLAKS e.V.
Lessingstraße 2
04109 Leipzig

Antrag auf Kostenübernahme

zur Abrechnung der einjährigen ambulanten
Schulungsmaßnahme **KLAKS^{vorSchule}** für
Familien mit übergewichtigen Vorschulkindern

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versicherten-Nr.	Datum

Dieses Patientenschulungsprogramm wird durch den Verein KLAKS e.V. in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssportverein Leipzig e.V., dem Kinderzentrum am Johannisplatz und dem IFB Adipositas Erkrankungen durchgeführt. KLAKS stellt ein umfassendes, ganzheitliches Therapiekonzept dar, welches neben der medizinischen Betreuung, Bewegung und Sport, Ernährungs- und psychosoziale Gruppenschulungen beinhaltet. Schwerpunkt bilden die Elternschulungen. Die Durchführung richtet sich nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) bzw. der Konsensusgruppe Adipositas-schulung und ist angeschlossen an die bundesweite Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation der Universität Ulm.

Hiermit beantragen wir die Kostenübernahme für:

1-Jahres-Schulung **KLAKS^{vorSchule}** max. 1.703,75 €

Der Versicherte entrichtet für die Leistungen eine Zuzahlung entsprechend § 32 Abs. 2 SGB V in Höhe von 18,- € pro Monat, entspricht einem Gesamtelternanteil von 219,- €.

Name/ Vorname:
Geburtsdatum:

Name/ Vorname des Versicherten:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Telefon:

Kinderarzt/ behandel. Arzt:
Anschrift:

Ort, Datum
Unterschrift des behandel. Arztes

Unterschrift des versicherten Elternteils



Diagnosen/ ärztliche Begründung für die Notwendigkeit der Teilnahme an der ambulanten Patientenschulung*:

Gewicht: kg Größe: cm Perzentile:

Mit erhöhtem Körpergewicht assoziiert ...	keine Risikofaktoren ¹	Risikofaktoren ¹	Krankheit ²
Extreme Adipositas (BMI >99.5 Perzentile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adipositas (BMI <99.5 bis >97. Perzentile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht (BMI <97. bis 90. Perzentile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	nicht bekannt
Insulinresistenz ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht in der Familie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Belastung, z.B. Typ 2 Diabetes bei den Eltern, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ 2 Diabetes ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterielle Hypertonie ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrom der polyzystischen Ovarien ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopädische Erkrankungen ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* entsprechend dem Konsensuspapier unter Moderation des BMGS

- Bitte Erkrankung benennen, ggf. ergänzen:

.....

- Bitte aktuelle Medikamenteneinnahme benennen:

.....

- Bisher durchgeführte Maßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung:

.....

- Ist der Patient gruppenfähig? ja nein , weil
- Ausschluss von psychischen Störungen ja nein nicht bekannt
- Ausschluss von sekundären und syndromalen Adipositasformen ja nein nicht bekannt
- Wenn keine adäquate ambulante Therapie stattfindet, ist in absehbarer Zeit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vonnöten. ja nein nicht bekannt

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift des behandel. Arztes

