

Absender:

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

KLAKS e.V.
Lessingstraße 2
04109 Leipzig

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

Antrag auf Kostenübernahme

zur Abrechnung der einjährigen ambulanten
Schulungsmaßnahme **KLAKS** für
übergewichtige/ adipöse Kinder und
Jugendliche

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, und die Eltern integriert. 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 max. 1562,50,- €

Der Versicherte zahlt für die Leistungen im Rahmen der einjährigen Schulung eine Eigenbeteiligung in Höhe von 15,- € pro Monat.

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Name/ Vorname des Versicherten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Kinderarzt/ behandel. Arzt:

Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift des versicherten Elternteils

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

KLAKS e.V., Antje Wagner, mail: info@klaks.de

Lessingstraße 2, 04109 Leipzig

Tel: 0341 23699653

Mobil: 0174-7584959

Name, Vorname des Patienten:

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
- Liegen sekundäre und syndromale Adipositasformen vor? ja nein
- Wenn keine adäquate ambulante Therapie stattfindet, ist in absehbarer Zeit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vonnöten. ja nein
- Ist der Patient motiviert, an der Therapie teilzunehmen? ja nein