

1. Antrag zur Kostenübernahme bei der Krankenkasse

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die Teilnahme meiner Tochter / meines Sohnes

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Versicherungsnummer: _____

an der ambulanten Adipositaschulung TOP-fit KIDS im Top-Life Gesundheitszentrum Benz KG in Berghaupten.

Das einjährige, ambulante Programm beinhaltet eine Ernährungsschulung, ein Bewegungstraining und eine sozialpsychologische Verhaltenstherapie für übergewichtige und adipöse Kinder unter Einbeziehung der Eltern gemäß § 43 SGB V (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation).

Die Schulungskosten betragen insgesamt€.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten bzw. Versicherten

2. Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit einer ambulanten Adipositaschulung nach den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Die Notwendigkeit zur Teilnahme der o.a. Patientin / des o.a. Patienten an der Schulungsmaßnahme ergibt sich aus folgender Diagnose: (Zutreffendes ankreuzen)

Adipositas mit BMI > 99.5. Perzentile

Adipositas mit BMI > 97. Perzentile und Vorliegen von mindestens einer der folgenden Komorbiditäten (Fettstoffwechselstörung, pathologische Glukosetoleranz, orthopädische Auffälligkeiten wie genua valga, KSF, epiphysiolysis capitis femoris, familiäre Belastung mit Übergewicht und davon abhängigen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades)

Übergewicht mit BMI > 90. Perzentile und Vorliegen von ernährungsabhängigen Erkrankungen (diabetes mellitus Typ II, orthopädische Auffälligkeiten wie genua valga, epiphysiolysis capitis femoris)

Zusätzliche Diagnosen und Risikofaktoren:

Bisherige Maßnahmen:

Sekundäre und syndromale Formen der Adipositas sowie manifeste psychische Störungen und Essstörungen wurden abgeklärt und ausgeschlossen.

Die Patientin / der Patient verfügt über die notwendigen kognitiven Voraussetzung zur Teilnahme an einer ambulanten Patientenschulung (normale Schulfähigkeit, Gruppenfähigkeit). Die Familie scheint ausreichend motiviert, aktiv an dem Schulungsprogramm teilzunehmen. Eine vergleichbare ambulante Maßnahme wurde von der Familie bislang nicht in Anspruch genommen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Vertragsärztin / Vertragsarzt