

Arztpraxis/Stempel

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Bescheinigung

für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

### zur Teilnahme an dem ambulanten Therapieprogramm OBELDICKS

Bei o. g. Patientin/Patienten liegt eine therapiebedürftige Adipositas vor. Diese Diagnose beruht auf folgenden Untersuchungsergebnissen:

Körpergröße (m):			
Körpergewicht (kg):			
BMI (kg/m <sup>2</sup> ):			
Perzentile:			
Taillen-Umfang:	cm	Hüft-Umfang:	cm
<b>Blutdruck:</b> ...../..... mm Hg			
<b>Lipoproteine:</b> Gesamt-Cholesterin: .....mg/dl; Triglyceride: .....mg/dl			
LDL: .....mg/dl; HDL:.....mg/dl <u>nüchtern erfasst:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Neu: Transaminasen:</b> ALT (GOT) .....U/l AST (GPT) .....U/l			
<b>Nüchternblutzucker:</b> .....mg/dl oder .....mmol/l			
<b>Puls:</b> .....			
<input type="checkbox"/> Adipositas nigricans		<input type="checkbox"/> Schlaf-Apnoe	
<input type="checkbox"/> orthopädische Probleme		<input type="checkbox"/> Sonstiges: .....	
Risikofaktoren/Erkrankungen bei Verwandten (z. B. Hypertonie, Diabetes 2 etc.):			
Vater: .....			
Mutter: .....			
Großvater: .....			
Großmutter: .....			

Psychische Störungen, manifeste Essstörungen sowie sekundäre und syndromale Adipositasformen liegen nicht vor. Eigenverantwortliche Maßnahmen wurden ergriffen und zeigen die nötige Motivation, um der Krankheit aktiv zu begegnen. Wir gehen davon aus, dass die Patientin/der Patient und seine Eltern die nötige Schulungs- und Integrationsfähigkeit in eine Schulungsgruppe mitbringen.

Datum/Unterschrift