

**Antrag auf Teilnahme und Übernahme von Behandlungskosten
an der Patientenschulungsmaßnahme **DOC WEIGHT**[®]**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Hiermit beantrage ich die Teilnahme sowie die Übernahme von Behandlungskosten an der therapeutischen Patientenschulungsmaßnahme **DOC WEIGHT**[®]. Ich werde diese in der oben genannten lizenzierten Einrichtung durchführen. Nach Abschluss des Kurses werde ich eine Teilnahmebescheinigung vorlegen.

DOC WEIGHT[®] ist eine interdisziplinäre, informations-, verhaltens- und handlungsorientierte Maßnahme zur effektiven Senkung von krankhaftem Übergewicht, assoziierten Erkrankungen, Fehlernährung und Bewegungsmangel mittels dauerhafter Umstellung von Verhalten in Bezug auf eine energetisch ausgeglichene Lebensweise und eine verbesserte Lebensqualität durch Kurseinheiten zu den Themen Verhalten, Bewegung und Ernährung unter ernährungsmedizinischer Leitung.

Zielgruppe sind Erwachsene ab 18 Jahren mit einem BMI > 40 kg/m² oder > 35 kg/m² und Begleiterkrankungen. Die Kursdauer umfasst 52 Wochen, die Kursgröße liegt bei 8-12 Teilnehmern. Zu den Kursinhalten gehören eine medizinische Vor-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung, ein Einführungsabend mit Arztvortrag, Ernährungstraining mit 10 Gruppeneinheiten von je 90 Minuten Dauer und 2 praktische Ernährungseinheiten (Einkaufstraining/Lehrküche), Verhaltenstraining mit 12 Gruppeneinheiten von je 90 Minuten Dauer, 1.800 Minuten angeleitetes Bewegungstraining (Aquafitness; Walking/Nordic-Walking), die zweimalige Erfassung der Ernährungsgewohnheiten mit individueller Besprechung sowie ein Abschlussabend durch den Arzt mit Kursanalyse und Erörterung von Nachbetreuungsmaßnahmen.

Die Kurskosten liegen für das Jahresprogramm bei 1.705 €.

Das multimodale Therapieprogramm zur Gewichtsreduktion bei morbidem Adipositas ist gemäß Gutachten der SEG 1 der MDK-Gemeinschaft vom 03.05.2011 mit Revision vom 26.07.2011 inhaltlich als individuelle Maßnahme zur Rehabilitation nach § 43 Nr. 2 SGB V anerkannt. Der ausstehende Wirksamkeitsnachweis wird im Rahmen eines Modellprojekts generiert.

Der Anbieter des Kurses ist gemäß den Qualitätskriterien des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner BDEM e.V. zur Durchführung des Therapieprogramms ausgebildet und lizenziert (Kopie anbei).

Eine hausärztliche Verordnung über die medizinische Notwendigkeit dieser Therapie ist diesem Antrag beigelegt.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Anlage:

1. Lizenzkopie des Kursanbieters
2. Hausärztliche Verordnung