

HAUSÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die medizinische Notwendigkeit einer Adipositas-Basistherapie

Name, Vorname; Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ m BMI: _____ kg/m² Bauchumfang: _____ cm

	I N D I K A T I O N E N
	BMI \geq 40 kg/m ²
	BMI \geq 35 kg/m ² mit Begleitfaktoren und/oder Risikofaktoren (s.u.)
	Hypertonie
	Diabetes mellitus Typ II
	Hypercholesterinämie
	Hypertriglyzeridämie
	Hyperurikämie
	Koronare Herzkrankheit
	Degenerative Gelenkerkrankungen
	Bewegungsmangel
	Psychische Belastung
	Problematische soziale Situation
	Sonstiges:
	Aktuelle Medikation: - ggf. Plan beifügen -

Eine aktuell manifeste psychiatrische Erkrankung (einschließlich Suchterkrankungen u./o. Ess-Störung):

- liegt nicht vor.
- liegt vor, ist jedoch unter Behandlung seit _____ stabil.
- Es erfolgt eine psychiatrische/psychotherapeutische Mitbehandlung seit _____.
- liegt unbehandelt vor.

>>> Sofern vorliegend, geben Sie bitte Ihrem Patienten aktuelle Laborwerte und wesentliche Facharztberichte mit. DANKE!

Datum: _____

Stempel/Unterschrift des Hausarztes: