

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 ²):			
Perzentile:			
Taillen-Umfang:	cm	Hüft-Umfang:	cm
Blutdruck:/..... mm Hg			
Lipoproteine: Gesamt-Cholesterin:mg/dl; Triglyceride:mg/dl			
LDL:mg/dl; HDL:mg/dl <u>nüchtern erfassst:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Neu: Transaminasen: ALT (GOT)U/l AST (GPT)U/l			
Nüchternblutzucker:mg/dl odermmol/l			
Puls:			
<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