

# HAUSÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

## über die medizinische Notwendigkeit einer Adipositas-Basistherapie

Name, Vorname; Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    Größe: \_\_\_\_\_ m    BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>    Bauchumfang: \_\_\_\_\_ cm

	I N D I K A T I O N E N
	BMI $\geq$ 40 kg/m <sup>2</sup>
	BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> 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: