

**Formular Vernetzte Versorgung
Adipositas**

Zuweiser: _____

Name Patient: _____

Alter: _____

Anamnese (Zutreffendes ankreuzen)

- Größe/Gewicht Mutter
- Größe/Gewicht Vater
- Gewicht aktuell
- Perzentilenkurve Gewicht und Größe gelbes Heft
- Andere Erkrankungen/Auffälligkeiten

Klinische Symptome (Zutreffendes ankreuzen)

- Gewichtspersentilen gekreuzt
- Übergewicht seit 1. Lebensjahr
- Kopfschmerzen

Befunde

Größe: _____

Gewicht: _____

- Eltern wünschen 2. Meinung ja
 nein