

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	
Name, Vorname des Versicherten/ Hauptversicherten								
geb. am								
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.			VK gültig bis			Datum		

KIG-Projekt

Diagnose/n

Präventionsempfehlung

Behandelnder Arzt:

Krankenkasse:

Empfehlung durch:

Anschrift

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon tagsüber:

Telefon abends:

Persönliche Daten des Kindes

Geb.-Datum:

Größe:

Gewicht:

Risikofaktoren (falls zur Hand, bitte Kopie des Labors beilegen!)

Sonstige für die Maßnahme/n erforderlichen Hinweise (z.B. Medikation, Allergien etc.)

Hiermit empfehle ich die Teilnahme an der „KIG Adipositas Schulung“

Datum

Unterschrift/Arztstempel

Einverständniserklärung des/der Elter/n bzw. der erziehungsbevollmächtigten Person/en:

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin der Oberschwabenklinik Ravensburg bezüglich der von meinem Kind in Anspruch genommenen Untersuchungen und therapeutischen Leistungen im Rahmen des KIG Projektes.

Ort, Datum

Unterschrift