

**Antragsformular für die Zertifizierung eines multiprofessionellen Gruppenprogramms für die Behandlung von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen MGP**

1. **Name des Programms**

1. **Kontaktperson**

(Name, Vorname, Funktion)

1. **Organisation:**

(Trägerschaft / Institutioneller Rahmen)

1. **Adresse**

1. **Durchführungsort und geplante Ausdehnung:**

(regional, kantonal)

1. **Zusammenfassung des Programms:**

Nennen Sie bitte genau den Inhalt des Programms (Zielsetzungen, Alter der Teilnehmer, Häufigkeit und Dauer der Sitzungen, Datum Einschreibung und Beginn usw.) und die Kontaktperson.

1. **Programmschwerpunkte / Fachbereiche:**
2. Bewegung

1. Ernährung

1. Verhalten/Psychologie

1. Gesundheit

1. **Methoden und zentrale Arbeitsunterlagen mit denen die Ziele bzw. Programminhalte in den einzelnen Fachbereichen erreicht werden**
2. Bewegung

1. Ernährung

1. Psychologie / Motivation

1. Gesundheit

1. **Ausbildung der Mitglieder des interdisziplinären Teams**
2. Pädiatrie/Medizin

1. Bewegung

1. Ernährung

1. Psychologie / Motivation

1. **Definition der Zielgruppe**

1. **Organisation und Durchführung der medizinischen und psychosozialen Untersuchung**

1. **Beschreibung der Gruppen**

Anzahl teilnehmender Kinder/Jugendliche pro Gruppe

Minimum       Maximum

Alter der Teilnehmer: von       bis       Jahre

Anzahl teilnehmender Erwachsenen pro Gruppe

ein Familienmitglied pro Kind  zwei Familienmitglieder pro Kind

1. **Anzahl teilnehmende Kinder/Jugendliche pro Jahr**

1. **Übersicht Anzahl Stunden und Dauer Gruppen- und Einzeltherapie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kinder | | Familienmitglieder | |
|  | Gruppe | Einzel | Gruppe | Einzel |
| Gebiete | Sitzungen/ Dauer (min) | Sitzungen/ Dauer (min) | Sitzungen/ Dauer (min) | Sitzungen/ Dauer (min) |
| Bewegung |  |  |  |  |
| Ernährung |  |  |  |  |
| Psychologie / Motivation |  |  |  |  |
| Gefolgt zu durchschnittlichem/Langfristigkeit |  |  |  |  |
| Gesamtzahl |  |  |  |  |

1. **Zeitlicher Programmablauf**

(in Bezug auf eine Gruppe)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dauer  (Wochen/Monate) | Anzahl Termine | Frequenz/Intensität  (z.B. 2 Std. pro Woche) |
| Aufnahmephase |  |  |  |
| Therapiephase |  |  |  |
| Nachbetreuungphase |  |  |  |
| Bemerkungen |  |  |  |

1. **Unterteilung der Zeit gemäss Phasen des Programms:**

(Hinweise der Stunden für eine Therapiegruppe)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phasen | Zulassung  (Stunden) | Therapie (Stunden) | Beobach-tung  (Stunden) | Gesamtzahl durch Aktivität |
| Individuelle Gespräche (nur Patient oder mit den Familienmitgliedern*)* |  |  |  |  |
| Gespräche mit den Eltern |  |  |  |  |
| Gruppenprogramm  Kinder  Eltern  Kinder und Eltern |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Spezielle Aktivitäten  (z.B. Lager, Intensivwochen) |  |  |  |  |
| Teamsitzungen |  |  |  |  |
| Gesamtzahl pro Phase |  |  |  |  |

1. **Beschreibung des mittel- und langfristigen Nachbetreuungskonzeptes**

1. **Was ist betreffend Qualitätskontrolle des Programms vorgesehen?**

1. **Ist dieses Programm Gegenstand von wissenschaftlichen Forschungsarbeiten?**

ja  nein

Wenn ja, bitte den Titel des Projekts und seine Finanzierungsquelle angeben.

Bitte legen Sie eine Zusammenfassung des Forschungsprojekts bei.

1. **Ist dieses Forschungsprojekt durch eine Ethikkommission genehmigt worden?**

ja  nein

Wenn ja, welches?

1. **Kommunikation / Programmausschreibung / Anmeldung für Programm:**

Über welche Kanäle erfolgen die Ausschreibung und die Anmeldung für dasProgramm?

1. **Besonderheiten des Programms und Bemerkungen**

Beilagen (fakultativ)

*Beispiele:*

*- Dokumente zur Bekanntgabe des Programms: Broschüren, Plakate, Internet-Adresse usw.*

*- Teilnehmerdossier (Einschreibung, Fragebögen, Erziehungshandbuch, Broschüren usw.)*

*- Veröffentlichungen*

*- Ggf. Zusammenfassung des Forschungsprojekts*

-

-

-

Datum

Unterschrift des Verantwortlichen für Programm