# Anhang 5 – Kostengutsprache-Formular

**Kostengutsprachegesuch ambulantes multiprofessionelles Gruppenprogramm für die Behandlung von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen MGP**

|  |
| --- |
|  |

**Allgemeine Angaben zur Patientin / zum Patienten**

**Name:**       **Vorname:**

**PLZ / Ort:** **/       Strasse:**

**Geburtsdatum:**

**Versicherung**       **Versicherten-Nr.:**

**Aktueller BMI:**       Perzentile

**Taillenumfangserhöhung > 2 Standardabweichungen**       SD 1)

**Sofern BMI zwischen 90. und 97. Perzentile:** Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtern oder die eine Folge des Übergewichts sind:

*
*

**1)**(„WC >+2SD“ gemäss Empfehlungen Pädiatrica Vol. 17 No. 6 2006)

|  |
| --- |
|  |

**Programmanbieter**

Durch akj und SGP zertifizierter, anerkannter Leistungserbringer für das ambulante Adipositas-Gruppenprogramm

**Name :**

**Strasse:       PLZ/Ort       /**

**ZSR-Nr.:**

|  |
| --- |
|  |

**[ ]  Kostengutsprachegesuch für ambulantes Adipositas-Gruppenprogramm**

**Beginn des Gruppenprogramms:**

**Dauer\* Intensivphase:**       bis

**Dauer\* Nachbetreuungsphase:**       bis       \*) Monatsangaben

|  |
| --- |
|  |

**Ansprechperson Programmanbieter für Rückfragen:**

Vorname/Name:       Telefon:

Funktion:       E-Mail:

Datum:      Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_