**ÜBERWEISUNG für das Interventionsprojekt „Down & Up“**

(Bitte vollständig ausfüllen)

 **Ärztliche Bestätigung für die Anmeldung**

**Name des Kindes:** …………………………………………………………………. **Geschlecht:** m w 

**Geburtsdatum:** ……………………………………………………………………

**Corona Schutzimpfung:**

**Aktuelle Körpergröße:** ……………………………………………...

**Aktuelles Körpergewicht:** ……………………………………………...

**Aktuelle Perzentile:** ……………………………………………….

**Aktueller BMI:** ………………………………………………..

# Relevante aktuelle Diagnosen:

Kind/Jugendlicher:

geimpft O wie oft: ……..

genesen O Gültigkeit bis ……..

nicht geimpft O

teilnehmende Bezugsperson (Vor-Nachname) ………………………………………………..

geimpft O wie oft: …….

genesen O Gültigkeit bis ………………..

nicht geimpft O

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Aktuelle Medikamente:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Nebendiagnosen:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Ist die Patientin, der Patient psychisch ausreichend stabil, um am Down & Up Programm im Rahmen von Gruppentherapien teilzunehmen:** Ja Nein

# Weitere Anmerkungen:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………. …………………………………………………………...

# Datum, Ort Stempel und Unterschrift der

**Ärztin/des Arztes**