

INFORMATION / EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**UKKJ****Adipositas, Fettstoffwechselstörungen und Ernährungsmedizin**

gültig ab: 01.11.2011

Version 01

Seite 1 von 1

Patientin/Patient:**Geburtsdatum:****Wohnadresse:**

Sie haben sich in der Ambulanz für Adipositas, Fettstoffwechselstörungen und Ernährungsmedizin der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde für eine ärztliche Behandlung von Übergewicht/Adipositas für Ihre/n Tochter/Sohn angemeldet.

Eine erfolgreiche Therapie (Reduktion des Körpergewichtes u. / o. der bestehenden begleitenden Risikofaktoren, Komorbiditäten) setzt eine adäquate Diagnostik und eine längerfristige Schulung zur Änderung des Lebensstils (Ernährung, körperliche Bewegung, etc.) möglichst unter Einbeziehung der Familie voraus. Die notwendigen diagnostischen Schritte zur Abklärung von Komorbiditäten (Begleiterkrankungen und Risikokonstellationen) werden von uns vorgeschlagen und tunlichst im niedergelassenen Bereich durchgeführt.

Eine erfolgreiche Schulung und Kontrolle der Gewichtssituation/Körperzusammensetzung findet in regelmäßigen Abständen (anfangs mind. 1 x pro Monat, nach erfolgreichem Halbjahr in längeren Intervallen) statt. Diese Termine werden von der Ambulanzschwester vergeben und finden bei Fr. Gabriele Skacel, Diätologin, oder einer ihrer Vertreterinnen statt. Ohne regelmäßige Teilnahme, an den im Vorhinein festzulegenden Terminen, sowie ein Bemühen um die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Therapieziele, ist eine erfolgreiche Therapie sehr unwahrscheinlich.

D. h. eine Nichtwahrnehmung, der zu Beginn einer Behandlung vorgeschlagenen Termine für die Schulung, bedeutet kein Versagen des Therapiekonzeptes, sondern einen Mangel der Bereitschaft an einem erprobten Therapiekonzept teilzunehmen.

Sie werden im Interesse Ihrer/s Tochter/Sohnes ersucht, die vorgeschlagenen Schulungstermine wahrzunehmen, um eine erfolgreiche Behandlung sicherzustellen.

Zur Kenntnis genommen am

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

*Unterschrift der behandelnden Ärztin/
des behandelnden Arztes*

Unterschrift der Patientin/des Patienten