

**Ärztliche Bescheinigung  
über die medizinische Notwendigkeit einer interdisziplinären  
Adipositas-Behandlung**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg                      Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm  
BMI: \_\_\_\_\_ kg/(m)<sup>2</sup>

Letzte Laborwerte vom : \_\_\_\_\_  
(soweit vorhanden)

---

Zutreffende Indikation: (Bitte ankreuzen)

- BMI > 40              Extreme Adipositas Grad III
- BMI > 35              Adipositas Grad II
- BMI > 30              Adipositas Grad I

Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Art und Umfang der Behandlung:

- a) Art der Behandlung                       Einzeltherapie  
     Interdisziplinäre Gruppentherapie

b) Voraussichtliche Anzahl der Sitzungen: \_\_\_\_\_

c) jeweilige Dauer der Sitzungen: \_\_\_\_\_

d) Behandlungskosten: \_\_\_\_\_

Welche ambulanten und stationären Behandlungen / Diäten wurden bereits durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift