

## **Anmeldung zum Adipositas-Therapiekonzept „Team-Herkules“**

Liebe Eltern,

Sie und Ihr Kind interessieren sich für das Therapieprogramm „Team-Herkules“.

Für das Interesse bedanken wir uns sehr und wir freuen uns, dass Sie Teil des „Team-Herkules“ werden wollen!

Eine ausführliche Beschreibung des Ablaufes sowie alle wichtigen Informationen entnehmen Sie bitte dem Flyer.

Wir bitten Sie, zur Anmeldung folgende Dokumente vollständig und sorgfältig auszufüllen:

1. Anmeldebogen
2. Gesundheitsfragebogen
3. SDQ-Fragebogen
4. Bewerbungsbogen (vom Kind oder Jugendlichen auszufüllen!)

Bitte senden Sie alle Anmeldeunterlagen an folgende Adresse oder per E-Mail an:

Klinikum Kassel GmbH  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
„Team-Herkules“, Ernährungsteam Pädiatrie  
Mönchebergstraße 41 – 43  
34125 Kassel  
**team-herkules@gnh.net**

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Nach dem Eingang aller Unterlagen melden wir uns bei Ihnen, um alles Weitere mit Ihnen zu klären.

Beachten Sie bitte außerdem, dass die Vorstellung zur Erstuntersuchung nur dann erfolgen kann, wenn eine **Überweisung an die Kindergastro-Ambulanz UND an das SPZ** (Sozialpädiatrisches Zentrum) durch die Kinderärztin/ den Kinderarzt vorhanden ist.

**Info:** Zur Teilnahme an dem Konzept „Team-Herkules“ muss ein Eigenanteil von 300 € bezahlt werden. 200 Euro erhalten Sie bei 80% der Teilnahme, am Ende zurück. Mehr Informationen entnehmen Sie bitte der Patienten-/ Angehörigeninformation und schicken diese unterschrieben an uns zurück. Die Rechnung wird Ihnen postalisch zugeschickt.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Herzlichen Dank!

Ihr „Team-Herkules“

## Anmeldebogen zu „Team-Herkules“

Überweisende(r) Kinderärztin / Kinderarzt:

Straße, Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

Überweisungen

- Überweisung Kindergastro-Ambulanz Klinikum Kassel
- Überweisung SPZ

Folgendes Kind/ folgenden Jugendlichen im Alter von 10 – 17 Jahren möchte ich anmelden:

Name des Kindes:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Versicherungs-Nr. (des Kindes):

Diagnosestellung:

ggf. andere Erkrankungen:

Teilnehmendes Elternteil

Name:

Vorname:

Anschrift:

Handynummer:

Festnetznummer:

E-Mail-Adresse:

Versicherungs-Nr.

Kostenträger:

ggf. Ansprechpartner: