

Anfrage für eine spezialisierte Sprechstunde

Angaben Patient/in:

(Name / Vorname / Geburtsdatum / Adresse / Tel.)

Angaben verschreibende/r Ärztin/Arzt:

Anfrage ausgehend von:

- Patient/in
- Ärztin/Arzt
- Patient/in und Ärztin/Arzt

Sprache: _____

- Dolmetscher erforderlich

Art der Anfrage:

- Nicht-chirurgische Behandlung (spezialisierte diätetische und auf Ernährung ausgerichtete psychologische Betreuung, ggf. mit medikamentöser Unterstützung, z. B. Liraglutid/Saxenda: Bedingungen für die Erstattung: BMI > 35 kg/m² oder 28–34,9 kg/m² und gewichtsbezogene Komorbiditäten: (Prä-)Diabetes, Bluthochdruck oder Dyslipidämie)
- Chirurgische Behandlung (SMOB-Kriterien: Versagen konventioneller Massnahmen über zwei Jahre, BMI > 35 kg/m² oder unzureichend behandelte Stoffwechselkrankheit trotz optimaler medikamentöser Behandlung)
- Nicht festgelegte Behandlung

Anthropometrische Daten:

Gewicht: kg Grösse: m BMI: kg/m²

Assoziierte Komorbiditäten, somatische und psychologische Vorgeschichte:

Medikamentöse Behandlung:

Letzte Laborergebnisse: Nieren- und Leberfunktion, Cholesterin, Glukose und HbA1c, Schilddrüsenfunktion als Anhang der Anfrage beifügen

Psychosozialer Kontext:

- Beistandschaft
- SMZ
- Soziale Isolation
- Sozialamt / Jugendamt
- Arbeitslosigkeit / IV

Bemerkungen:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das Formular per Mail an sam-centre-metabolique-fri@h-fr.ch oder per Post an die oben genannte Adresse. Fügen Sie bitte alle Unterlagen des Dossiers bei, die Sie für notwendig erachten.