



Erhebung von Angeboten bei Adipositas und Übergewicht im Kindes- und Jugendalter

1 Titel des Angebotes

2 Adresse (Projektkoordination)

Straße: _____ Postleitzahl: _____ Berlin

Telefon: _____ Fax: _____ Mail: _____

Homepage: _____ Ansprechpartner/in: _____

3 Zielgruppe

- Jungen (_____ - _____ Jahre)
- Mädchen (_____ - _____ Jahre)
- mit Übergewicht
- mit Adipositas und möglichen Begleiterkrankungen
- mit Migrationshintergrund
- aus sozial schwachen Familien

4 Dauer

Wie häufig finden Einheiten/Aktivitäten des Programms statt?

_____ Monate mit _____ Terminen pro Woche à _____ min

Für welchen Zeitraum ist das Programm angelegt?

- einmalige Aktion
- _____ Monate
- _____ Jahre

5 Kosten für die Teilnehmer/innen

_____ € pro Kurs oder _____ € pro Monat oder _____ € pro Termin

Erstattungsmöglichkeiten für Versicherte über Krankenkassen entspr. § _____ SGB _____

6 Inhalte & Qualifikation des Personals

Inhalte	Kinder- und Elternschulung	Qualifikation des Personals
Sport und Bewegung <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> über Kooperationspartner: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Kinder- <u>und</u> Elternschulung <input type="checkbox"/> nur Kinderschulung <input type="checkbox"/> nur Elternschulung <input type="checkbox"/> Einzelberatung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung	<input type="checkbox"/> (Dipl.-)Sportlehrer <input type="checkbox"/> Übungsleiter der 2. Lizenzstufe <input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation (z.B. Adipositastrainer , KgAS) <hr/> Sprachen (außer Deutsch): <hr/>
Ernährungsverhalten <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> über Kooperationspartner: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Kinder- <u>und</u> Elternschulung <input type="checkbox"/> nur Kinderschulung <input type="checkbox"/> nur Elternschulung <input type="checkbox"/> Einzelberatung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung	<input type="checkbox"/> Dipl.-Oecotrophologen <input type="checkbox"/> Diätassistenten <input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation (z.B. Adipositastrainer , KgAS) <hr/> Sprachen (außer Deutsch): <hr/>
Stärkung psychosozialer Ressourcen <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> über Kooperationspartner: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Kinder- <u>und</u> Elternschulung <input type="checkbox"/> nur Kinderschulung <input type="checkbox"/> nur Elternschulung <input type="checkbox"/> Einzelberatung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung	<input type="checkbox"/> Dipl.-Psychologen <input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation (z.B. Adipositastrainer , KgAS) <hr/> <hr/> Sprachen (außer Deutsch): <hr/>
Medizinische Betreuung <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> über Kooperationspartner: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Kinder- <u>und</u> Eltern <input type="checkbox"/> nur Kinder <input type="checkbox"/> nur Eltern <input type="checkbox"/> Einzelberatung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung	<input type="checkbox"/> Kinderärzte <input type="checkbox"/> Sportmediziner <input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation (z.B. Adipositastrainer , KgAS) <hr/> Sprachen (außer Deutsch): <hr/>

7 Wird das Programm evaluiert?

- ja, durch _____
- nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!