

Absender:

An
Dipl. Jur. Steffen Wündisch-Nickel
Ritterstraße 18
44137 Dortmund

Fragebogen bariatrische Operation

(Bitte füllen Sie den Bogen soweit möglich aus. Er dient dazu Ihren Fall möglichst zielführend zu bearbeiten und gegenüber der Krankenkasse bzw. dem Gericht besser zu argumentieren.)

Formales:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Telefon / Fax: _____|_____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon Mobil: _____

Tag der Antragstellung: _____
(Zugang des Antrags bei der Krankenkasse)

Beweise für Zugang: _____

(Zeugen, Einwurfeinschreiben, Gegengezeichnet)

Wenn Zeugen, _____
Namen & _____
Anschriften: _____

Eingangsbestätigung KK.: _____

Datum der Ablehnung: _____

Zugang der Ablehnung: _____

Widerspruch erhoben? _____
(wenn ja wann)

Nachweis für Einlegung? _____

Wurde über Widerspruch
Entschieden? _____
(Schreiben mit Überschrift Widerspruchsbescheid)

Datum Widerspruchsbescheid: _____

Zugang Widerspruchsbescheid: _____

Inhaltliches:

Aktueller BMI: _____

MMK durchgeführt? Ja Nein

In einem Adipositaszentrum? Ja Nein

Name des Zentrums: _____

Beginn MMK: _____

Ende MMK: _____

Gewicht bei Beginn MMK: _____ KG

Gewicht bei Ende MMK: _____ KG

Anzahl Termine
Ernährungsberatung: _____

Gibt es ein altes und ein aktuelles Ernährungsprotokoll

(vor und nach MMK): Ja Nein

Bewegung pro Woche _____
(ca. min):

Bestehen Ihrer Meinung nach gesundheitliche Einschränkungen die gegen
Bewegung sprechen: Ja Nein

Wenn ja welche: _____

Gibt es ärztliche Atteste hierzu: Ja Nein

Wenn ja Fachrichtung: _____

Bewegung erfolgt wie: _____

Gibt es Zeugen / Belege für die durchgeführte Bewegung?

Ja Nein

Wurde das MMK durch einen Verhaltenstherapeuten begleitet?

Ja Nein

Wenn ja, Name & Anschrift: _____

Gibt es ein psychologisches Abschlussgutachten?

Ja Nein

Wenn ja, Name und Anschrift des Gutachtenverfassers:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)