Adipositas im Kindes- und Jugendalter
Obésité de l'enfant et de l'adolescent
Obesità nell'infanzia e nell'adolescenza

Checkliste Hospitation «Adipositas-Therapeut»

Stand Juli 2018

Dieses Formular dient als Hospitations-Leitfaden und –Bestätigung.
Die Hospitation gewährt Einblick in die praktische Arbeit mit adipösen Kindern **(unter 12 Jahren)** und Jugendlichen bzw. deren Eltern an einer Institution mit einem zertifizierten Gruppenprogramm (MGP) oder bei erfahrenen Fachpersonen, die an einer MSIT-Schulung teilgenommen haben und in einem akkreditierten Team für die multiprofessionelle strukturierte individuelle Therapie (MSIT) arbeiten. Die Hospitation umfasst im Idealfall alle vier Fachbereiche Bewegung, Ernährung, Medizin und Psychologie, mindestens jedoch den eigenen sowie zwei weitere Fachbereiche, vorzugsweise nicht am eigenen Arbeitsort. Der Einblick in die multiprofessionelle Arbeit durch gut abgesprochene Patientenbetreuung von verschiedenen Therapeuten ist besonders wichtig (Angabe Multiprofessionelle Patientenbehandlung).
Die Hospitations-Leitenden (Mentoren) und Schulungs-Teilnehmenden füllen nachstehendes Formular gemeinsam aus. Nach gegenseitiger Unterzeichnung wird das Formular bei der Geschäftsstelle des Fachverband AKJ eingereicht.
Nach Eingang der Checkliste bei der AKJ-Geschäftsstelle ist die Hospitations-Institution berechtigt dem Fachverband AKJ CHF 100.00 für die erbrachte Leistung zu verrechnen.

Teilnehmer

Name _____ Vorname _____

Email _____

Datum Abschluss Modul _____

Einreiche Datum Hospitationsbericht (4 Wochen vor Abschluss Modul) _____

Institution

Institution _____

Art des Therapieprogramms ☐ MSIT ☐ MGP

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Programmleitung _____

Hospitationsbereich

Medizin

☐ eigener Fachbereich ☐ Multiprofessionelle Patientenbehandlung

Betreuung durch

Name _____ Vorname _____

Ausbildung _____

_____

Email _____

Telefon _____

Datum der Hospitation _____

Dauer der Hospitation in diesem Bereich _____ Min _____ Einheiten à 45 min

Folgende Themen wurden besprochen (fakultativ, wenn im Hospitationsbericht angegeben):

☐ Erkennen von Besonderheiten in der kindlichen Entwicklung
☐ Untersuchung im Hinblick auf genetische, syndronale Ursachen
☐ Erkennen von Komorbiditäten bzw. Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten
☐
☐
☐
☐

Bemerkungen

_____
_____
_____
_____

Hospitationsbereich

Psychologie

☐ eigener Fachbereich ☐ Multiprofessionelle Patientenbehandlung

Betreuung durch

Name _____ Vorname _____

Ausbildung _____

_____

Email _____

Telefon _____

Datum der Hospitation _____

Dauer der Hospitation in diesem Bereich _____ Min _____ Einheiten à 45 min

Folgende Themen wurden besprochen (fakultativ, wenn im Hospitationsbericht angegeben)

☐ Besonderheiten des Vorgehens in der psychologischen Behandlung (sofern nicht eigener Fachbereich)
☐ Einblick in Funktion des Familiensystems
☐ Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten
☐
☐
☐

Bemerkungen

_____
_____
_____
_____

Hospitationsbereich

Ernährung

☐ eigener Fachbereich ☐ Multiprofessionelle Patientenbehandlung

Betreuung durch

Name _____ Vorname _____

Ausbildung _____

_____

Email _____

Telefon _____

Datum der Hospitation _____

Dauer der Hospitation in diesem Bereich _____ Min _____ Einheiten à 45 min

Folgende Themen wurden besprochen (fakultativ, wenn im Hospitationsbericht angegeben):

☐ Praktische Tipps zur Ernährungsberatung
☐ Einfache Ess-Regeln für Familien
☐ Vermitteln von Ess- / Tischkultur
☐ Erkennen von. Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten
☐
☐
☐

Bemerkungen

_____

_____

_____

_____

Hospitationsbereich

Bewegung

☐ eigener Fachbereich ☐ Multiprofessionelle Patientenbehandlung

Betreuung durch

Name _____ Vorname _____

Ausbildung _____

_____

Email _____

Telefon _____

Datum der Hospitation _____

Dauer der Hospitation in diesem Bereich _____ Min _____ Einheiten à 45 min

Folgende Themen wurden besprochen (fakultativ, wenn im Hospitationsbericht angegeben):

☐ Bewegungsalternativen aufzeigen
☐ Individuelle Bewegungseinheiten
☐ Bewegungseinheiten in der Gruppe
☐ Gemeinsame Bewegung in der Familie
☐ Erkennen von Komorbiditäten und Grenzen der Bewegungsmöglichkeiten
☐
☐

Bemerkungen

_____

_____

_____

_____

Hospitationsbestätigung

Hiermit bestätigen wir die Hospitation von _____
bei_____
und die auf Seite 2 bis 6 beschriebenen Vorgaben erfüllt zu haben.

Ort/Datum

Institution	Teilnehmer/in
Name, Vorname	Name, Vorname
Unterschrift	Unterschrift