

**Antragsformular für die Zertifizierung von Multidisziplinären Programmen zur
Therapie der Adipositas des Kindes und des Jugendlichen**

1. Name des Programms

2. Kontaktperson:

(Name, Vorname, Funktion)

3. Organisation:

(Trägerschaft / Institutioneller Rahmen)

4. Adresse

5. Durchführungsort und geplante Ausdehnung:

(regional, kantonal)

6. Zusammenfassung des Programms:

Die Zusammenfassung (250 Wörter max.), auf der Internet-Adresse des AKJ wird angeschlagen. Nennen Sie bitte genau den Inhalt des Programms (Zielsetzungen, Alter der Teilnehmer, Häufigkeit und Dauer der Sitzungen, Datum Einschreibung und Beginn usw.) und die Kontaktperson.

7. Programmschwerpunkte / Fachbereiche:**Bewegung**

--

Ernährung

--

Verhalten/Psychologie

--

Gesundheit:

--

8. Methoden und zentrale Arbeitsunterlagen mit denen die Ziele bzw. Programminhalte in den einzelnen Fachbereichen erreicht werden:**Bewegung**

--

Ernährung

--

Verhalten/Psychologie

--

Gesundheit**9. Ausbildung der Mitglieder des interdisziplinären Teams:****Pädiatrie/Medizin****Bewegung****Ernährung****Psychologie:****10. Definition der Zielgruppe:****11. Die anonymen Daten der Bewertung (T0 à T3), werden dem nationalen Zentrum für Verwaltung der Daten übermittelt in Form von:**

- Formulare und Fragebögen oder
- Digitalisierte Form

12. Organisation und Durchführung der medizinischen und psychosozialen Untersuchung

--

13. Beschreibung der Gruppen:

Anzahl teilnehmender Kinder/Jugendliche pro Gruppe: Minimum:: Maximum: Alter der Teilnehmer: von: à Jahre Anzahl teilnehmender Erwachsenen pro Gruppe: <input type="checkbox"/> ein Familienmitglied pro Kind <input type="checkbox"/> zwei Familienmitglieder pro Kind

14. Anzahl teilnehmende Kinder/Jugendliche pro Jahr:

--

15. Übersicht Anzahl Stunden und Dauer Gruppen- und Einzeltherapie:

	Kinder		Familienmitglieder	
	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel
Gebiete	Sitzungen/ Dauer (min)	Sitzungen/ Dauer (min)	Sitzungen/ Dauer (min)	Sitzungen/ Dauer (min)
Bewegung				
Ernährung				
Verhalten/Psychologie				
Gefolgt zu durchschnittlichem/Langfri stigkeit				
Gesamtzahl				

16. Zeitlicher Programmablauf:

(Hinweise gegenüber eine Gruppe)

	Dauer (Wochen/Monate)	Anzahl Termine	Frequenz/Intensität (z.B. 2 Std. pro Woche)
Aufnahmephase			
Therapiephase			
Nachbetreuungphase			
Bemerkungen			

17. Unterabteilung der Zeit nach den Phasen des Programms:

(Hinweise der Stunden für eine Therapiegruppe)

Phasen	Zulassung (Stunden)	Therapie (Stunden)	Beobachtung (Stunden)	Gesamtzahl durch Aktivität
Individuelle Gespräche <i>(nur Patient oder mit den Familienmitgliedern)</i>				
Familiengespräche (nur den Eltern)				
Gruppenprogramm	Kinder			
	Eltern			
	Kinder und Eltern			
Spezielle Aktivitäten <i>(z.B. Lager, intensive Wochen)</i>				
Teamsitzungen				
Gesamtzahl pro Phase				

18. Beschreibung des mittel- und langfristigen Nachbetreuungskonzeptes

19. Was ist vorgesehen, was die Qualitätskontrolle des Programms betrifft?

20. Ist dieses Programm Gegenstand von wissenschaftlichen Forschungsarbeiten?

ja nein

Wenn ja den Titel des Projekts und seine Finanzierungsquelle angeben bitte.

Vermerk: wollen Sie im Anhang eine Zusammenfassung des Forschungsprojekts beifügen.

21. Ist dieses Forschungsprojekt durch eine Ethikkommission genehmigt worden?

ja nein

Wenn ja, welches?

22. Kommunikation / Programmausschreibung / Anmeldung für Programm:

Über welche Kanäle erfolgt Programmausschreibung und Anmeldung für Programm?

23. Besonderheiten des Programms und Bemerkungen:

24. Programm –Planung:

In welchem Monat beabsichtigen Sie 2008 Ihr Programm zu starten?

Mit wie vielen Kindern werden Sie voraussichtlich starten?

25. Beilagen (fakultativ)

Beispiele:

- *Dokumente zur Bekanntgabe des Programms: Broschüren, Plakate, Internet-Adresse usw.*
- *Teilnehmersossier (Einschreibung, Fragebögen, Erziehungshandbuch, Broschüren usw.)*
- *Veröffentlichungen*
- *Ggf. Zusammenfassung des Forschungsprojekts*

Datum:

Unterschrift des Verantwortlichen für Programm: