



## 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
<b>Sport und Bewegung</b> <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> über Kooperationspartner: _____ _____	<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) _____ Sprachen (außer Deutsch): _____
<b>Ernährungsverhalten</b> <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> über Kooperationspartner: _____ _____	<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) _____ Sprachen (außer Deutsch): _____
<b>Stärkung psychosozialer Ressourcen</b> <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> über Kooperationspartner: _____ _____	<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) _____ _____ Sprachen (außer Deutsch): _____
<b>Medizinische Betreuung</b> <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> über Kooperationspartner: _____ _____	<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) _____ Sprachen (außer Deutsch): _____

## 7 Wird das Programm evaluiert?

- ja, durch \_\_\_\_\_
- nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**