

# Universitäres Adipositas-Centrum Hamburg-Eppendorf Merkblatt für die Beantragung einer Kostenübernahme für einen chirurgischen Eingriff zur Therapie der Adipositas

Die chirurgische Behandlung erfolgt in der Regel erst nach Ausschöpfung unterschiedlicher konservativer Therapiemöglichkeiten. Hierzu gehört unter anderem, dass Sie über mindestens sechs Monate intensiv versucht haben, durch Bewegungs- oder Ernährungstherapie Ihr Gewicht zu reduzieren. Für die Beantragung einer Kostenübernahme ist es notwendig Ihrer Krankenversicherung die unten aufgeführten Dokumente bzw. Berichte vorzulegen. Erst wenn diese komplett vorhanden sind, kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Ihren Antrag bearbeiten.

Dieses Merkblatt dient Ihnen als Leitfaden und Hilfestellung bei der Antragstellung. Ziel ist es, Ihnen

- den Prozess zu vereinfachen und
- Ihrer Krankenkasse die Bearbeitung zu erleichtern.

Voraussetzung für die Kostenübernahme der Krankenkassen	$\sqrt{}$
Persönlich verfasster Antrag (s. Anhang)	
Stellungnahme Universitäres Adipositas-Centrum	
Psychosomatische Stellungnahme	
Aktuelle Medikamente	
Atteste von regelmäßig behandelnden Ärzten mit Angabe von:	
Erkrankungen, Medikamenten, Dauer der Behandlung, Probleme	

Zertifikat Nr. QS-6568HH



Vorstandsmitglieder:

Joachim Prölß

Rainer Schoppik

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus



Voraussetzung für die Kostenübernahme der Krankenkassen	$\checkmark$
Nachweis über eine Bewegungstherapie (2x/Woche mind. 2h), sollte dies	
nicht möglich sein eine Begründung vom Orthopäden und/oder	
behandelnden Arzt	
Nachweis über durchgeführte Ernährungsberatung (6x über 6 Monate)	
Nachweis über alle bisherigen Diät- und Abnahmeversuche, Kuren und Reha-	
Maßnahmen	
Nachweis über den Besuch einer Selbsthilfegruppen	
Aktuelle Ernährungsprotokolle über mindestens vier bis acht Wochen	

Ihre nächsten Termine im Universitären Adipositas-Centrum sind:

Psychosomatik am:

Ernährungsberatung am:

Telefonische Beratung am:

Persönliche Beratung am:

Bei Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung unter:

Postalisch:

Universitäres Adipositas-Centrum 2.OG, Fach:583

Martinistrasse 52 20246 Hamburg

E-Mail: adipositas@uke.de

j.bushevska@uke.de

Telefax: (+49) 40 7410 46756 z. H. Fr. Bushevska

Telefon: (+49) 40 7410 28599/-50292

Zertifikat Nr. QS-6568HH und EM-8126HH





Abgabe der Unterlagen vor Ort:

Mo-Do: 08:00-15:30 Uhr

Fr: 08:00 -13:00 Uhr

BIC: HSHNDEHH



## Inhalte Ihres persönlichen Antrags

Bitte versuchen Sie in Ihrem Anschreiben an die Krankenkasse die folgenden Aspekte und Fragen zu beantworten.

## **Grund der Operation:**

- Warum wollen Sie sich operieren lassen?
- Was hat Sie dazu veranlasst eine Operation vorzunehmen?
- Was erhoffen Sie sich von der Operation?
- Wie lange sind Sie schon übergewichtig?

# Körpermaße:

- Wie sind Ihre Körpermaße (Körpergröße, Kilogramm, BMI)?
- Machen Sie Bilder in Unterwäsche von sich als Beweis-Fotos und heften Sie diese an den Antrag

#### **Problem:**

- Beschreiben Sie wie es Ihnen mit Ihren Erkrankungen und dem Übergewicht geht: Welche Probleme bestehen für Sie?
- Wie geht es Ihnen im Moment?

#### Diätlebenslauf (tabellarisch):

- Haben Sie Ihre Versuche zur Gewichtsreduzierung in chronologischer Reihenfolge aufgeschrieben?
- Was haben Sie bisher unternommen um Gewicht zu reduzieren?
- Was tun Sie derzeit um Gewicht zu verlieren?
- Haben Sie eine Rehabilitation mit dem Ziel Gewicht zu verlieren durchgeführt?
- Haben Sie bereits ein dreidimensionales Programm absolviert?
- Welche Erfolge konnten Sie beim Abnehmen erzielen?
- Warum haben Sie Diäten und Therapien abgebrochen?

#### Informationen:

- Wo und Wann haben Sie sich über Ihre Vorhaben informiert?
- Wer soll die Behandlung durchführen?
- Wer wird die Nachsorge der Behandlung übernehmen?







# Unterstützung:

- Sind Sie bereits in einer Selbsthilfegruppe? Waren Sie schon einmal in einer Selbsthilfegruppe?
- Haben Sie jemanden der Sie bei der Gewichtsreduktion unterstützt?

## **Motivation:**

- Wie motiviert sind Sie?
- Wie können Sie Ihre Motivation beweisen?

# Nach der Operation:

- Wie stellen Sie sich Ihr Leben nach der Operation vor?
- Was würden Sie in Ihrem Leben ändern?
- Wie wollen Sie die Veränderungen einhalten und durchhalten?



Kto.-Nr.: 104364000; BLZ: 21050000 IBAN-Nr.: DE97210500000104364000

Bankverbindung:

HSH Nordbank