

Ärztliches Attest

zum Antrag einer stationären Mutter/Vater-Kind-Vorsorge- und Reha- Maßnahme in einer
 von den Krankenkassen nach §24 und §41 SGB V anerkannten Einrichtung.

Frau / Herr _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

ist seit dem _____ in meiner Behandlung. Krankenkasse: _____

Familienversichert; Rentenversichert; privat versichert bei _____

Letzte Kurmaßnahme vom: _____ bis _____ Kostenträger: _____

Ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft; nicht erfolgversprechend; nicht durchführbar.

Sie/Er bedarf einer **Mutter/Vater-Kind-Kur**, Anzahl der an der Kur teilnehmenden Kinder: _____ zur

Vorsorge; weil infolge der Schwächung ihrer Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),

Rehabilitation; um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V).

Kurdauer 3 Wochen

Kurdauer 4 Wochen

Kinder-Reha-Maßnahme (4-6 Wochen)

Anamnese:

 -

 -

 -

Medizinische Diagnose (bitte fügen Sie unbedingt die aktuellen Spezialbefunde bei):

Diagnose:	ICD-10	ICIDH
1. _____	_____	_____
2. _____	-	-
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Blutdruck: _____ Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Behinderungen: nein ja, und zwar: _____

Ist eine Begleitperson erforderlich: nein ja Anfallsleiden: nein ja

Bisherige Therapie (verordnete Medikamente, evtl. Dauermedikation):

 -

 -

Psychosoziale Situation:

 -

 -

Spezielle Anforderungen an die Kureinrichtung:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> physioth. Maßnahmen | <input type="checkbox"/> psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> Abbau v. Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Diätetik | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining | <input type="checkbox"/> Gesundheitsberatung |
| <input type="checkbox"/> Terraintraining | <input type="checkbox"/> Klimawechsel | <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Motologie |
| <input type="checkbox"/> päd. Betreuung für die Kind/er | <input type="checkbox"/> Atemtherapie | <input type="checkbox"/> Entspannungstraining | <input type="checkbox"/> Heilpädagogik |

Alpenblick Klinik Hotzenplotz

Vorsorge und Rehabilitation für Eltern und Kinder

Hennematt 7b

79736 Rickenbach



Stempel der Beratungs- und Vermittlungsstelle

Hinweis für die Ärztin / den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 77 EBM berechnungsfähig.

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes