

Ärztliches Attest (Kind)

zum Antrag einer stationären Mutter / Vater-Kind-Vorsorge- und Reha- Maßnahme in einer nach §24 / §41 SGB V anerkannten Einrichtung
 (Bitte stellen Sie für jedes Kind ein gesondertes Attest aus)

Vor- und Zuname des Kindes _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

ist seit dem _____ in meiner Behandlung. Krankenkasse: _____

Familienversichert; Rentenversichert; privat versichert bei _____

Letzte Kurmaßnahme vom: _____ bis _____ Kostenträger: _____

Name der Mutter/Vaters _____ .geb. am: _____

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

Das Kind bedarf einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen einer Mutter/Vater-Kind-Kur zur

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

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

weil eine Trennung von der Mutter für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist.

Hier ist eine Begründung unter „**Psychosoziale Situation**“ unbedingt erforderlich

Kurdauer 3 Wochen Kurdauer 4 Wochen Kinder-Reha-Maßnahme (4-6 Wochen)

sog. „gesundes Begleitkind“ - wird nur pädagogisch betreut

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 (nicht für gesunde Begleitkinder):

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> pädagogische Betreuung | <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Interaktion | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik auf | <input type="checkbox"/> Kneipp´sche Anwendungen |
| <input type="checkbox"/> Motologie | <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Turnen | neurophysiologischer Basis, | <input type="checkbox"/> Entspannungstraining |
| <input type="checkbox"/> Terraintraining | <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Schwimmen | kein Bobath u. Vojta | <input type="checkbox"/> Rückenschule |
| <input type="checkbox"/> Klimawechsel | <input type="checkbox"/> Atemtherapie (Gruppe/Einzel) | <input type="checkbox"/> Inhalation | <input type="checkbox"/> Diätetik |

Stempel der Beratungs- und Vermittlungsstelle

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

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