

## 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       |

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