

## 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 erfolgversprechend;  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.