

Ärztliches Attest (Kind) zum Antrag für eine stationäre Mutter-Kind-Maßnahme

Vor- und Zuname des Kindes: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

ist seit dem _____ in meiner Behandlung.

Krankenkasse: _____

familienversichert bei _____

Name der Mutter: _____ geboren am: _____

Das Kind bedarf einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme,

- weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),
- um ihre Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 4 1 SGB V).
- weil eine Trennung von der Mutter für die Dauer der Maßnahme nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist

Anamnese:

Medizinische Diagnose (bitte fügen Sie aktuelle Spezialbefunde bei und geben Sie ggf. Gegenindikationen an):

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Behinderung: nein ja, und zwar: _____

Anfallsleiden: nein ja

Bisherige Therapie: (verordnete Medikamente, evtl. Dauermedikation)

Psychosoziale Situation:

Spezielle Anforderungen an die Einrichtung: (z.B. Ostseeklima, Diät, altersgerechte Betreuungsangebote für die Kinder, Schulunterricht):

Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Hinweis für die Ärztin/ den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.