

## Ärztliches Attest für die Mutter/den Vater zum Antrag für eine stationäre Mutter/Vater-Kind-Kur

Frau/Herr \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

ist seit dem \_\_\_\_\_ in meiner Behandlung. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

selbstversichert             familienversichert bei \_\_\_\_\_

Letzte Kurmaßnahme: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kostenträger: \_\_\_\_\_

Sie/Er bedarf einer **Mutter/ Vater-Kind -Kur,**

- 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 5GB V).
- Dauer 3 Wochen

Anzahl der an der Kur teilnehmenden Kinder: \_\_\_\_\_

**Anamnese:**

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

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnose:**

Blutdruck: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Behinderung:  nein             ja, und zwar

Anfallsleiden:  nein             ja

**Bisherige Therapie** (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation):

**Psychosoziale Situation:**

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

---

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

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