

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliches Attest Kind

zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation
für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

65

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☐	ja, folgende	

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

--

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliches Attest Kind

zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation
für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

65

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☐ ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes