

Ärztliches Attest zum Antrag einer stationären Mutter/Vater-Kind-Maßnahme

Haus Kühberg, Vorsorge- und Rehabilitation für Mutter/Vater und Kind IKNr. 510972983 VV § 111a
Kühberg 7 u 9, 87544 Blaichach / Oberallgäu T.08321-67230-0 Fax 67230-28 info@mutterkindkur.de

Name: Vorname: Geb. Datum:
Anschrift: Krankenkasse:

Die Patientin/der Patient bedarf einer stationären Behandlung, weil ambulante Maßnahmen am Ort nicht ausreichen, bzw. erschöpft sind.

- weil die Gesundheit gefährdet ist (Mutter/Vater-Kind-Vorsorge nach §24 SGB V).
 - um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern, bzw. einer Verschlechterung vorzubeugen (Mutter/Vater-Kind-Rehabilitation nach § 41 SGB V).
 - weil eine Trennung von Mutter/Vater und Kind für die Dauer der Kur nicht zu verantworten ist.
- Möglicher Zeitraum von:..... bis

Diagnosen, die den Antrag begründen:

1.seit:
2.seit:
3.seit:
4.seit:

Welche körperlichen / psychischen Funktionseinschränkungen liegen vor?

.....
.....
.....
.....

Psychosoziale Indikation (z.B. fam. Belastungssituation, Doppelbelastung durch Familie und Beruf etc):

.....
.....

Medikamente:

Behandlungsmaßnahmen in den letzten 6 Monaten:

.....

Risikofaktoren: Rauchen Alkohol Bewegungsmangel Ernährung Streß

Sonstige:.....

Körpergewicht:kg Körpergröße:m

Welche Funktionsstörungen sollen durch die Behandlung verbessert/beseitigt werden

(Vorsorge- /Rehabilitationsziel?

Ist die/der Versicherte in der Lage, die Behandlungsmaßnahmen nach Anleitung aktiv und selbstständig umzusetzen? Ja Nein

Spezielle Anforderungen an die Klinik (z.B. barrierefrei, Diäten, Klima, Allergenfreiheit etc.):

.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift Ärztin/Arzt

Für die Angaben der Ärztin/des Arztes ist die Nr.79 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.