

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



## 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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Ausstellungsdatum

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

**Ausfertigung für die Krankenkasse**