

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 \_\_\_\_\_

---



---

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

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

**Ausfertigung für den Arzt**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF.NR.  
Muster 65b/E(10.2018)