

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliches Attest Kindzur 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. ErkrankungenDiagnoseschlüssel
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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

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