



Ärztliches Attest (Kind)
zum Antrag für eine stationäre Mutter-Kind-Maßnahme in einer vom Deutschen
Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung

Vor- und Zuname des Kindes: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

ist seit dem _____ in meiner Behandlung. Krankenkasse: _____

familienversichert bei _____ rentenversichert

Name der Mutter: _____ geboren am: _____

ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft oder nicht Erfolg versprechend/ nicht durchführbar.

Das Kind bedarf einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme,

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),

um seine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V),

weil eine Trennung von der Mutter für die Dauer der Maßnahme nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist
(eine Begründung unter „**Psychosoziale Situation**“ ist unbedingt erforderlich).

Dauer 3 Wochen

Dauer 4 Wochen

Schwerpunktmaßnahme, Dauer 4 Wochen

Anamnese:

Medizinische Diagnose (bitte fügen Sie aktuelle Spezialbefunde bei und geben Sie ggf. Gegenindikationen an):

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Behinderung: nein ja, und zwar: _____

Anfallsleiden: nein ja

Bisherige Therapie: (verordnete Medikamente, evtl. Dauermedikation)

Psychosoziale Situation:

Spezielle Anforderungen an die Einrichtung: (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Klima, Diät u.a.)

Mutter-Kind-Kurberatung
Friesland
Bahnhofstrasse 25
26419 Schortens
Telefon: 04461-9849060
Telefax: 04461-9849061

Stempel der Beratungs- und Vermittlungsstelle

Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Hinweis für die Ärztin/ den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

Hinweis für die Beratungs- und Vermittlungsstelle: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.