

Ärztliches Attest

Bitte für jede/n Person/Patienten ausfüllen !

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

in meiner Behandlung seit: _____

Krankenkasse: _____

Familienversichert Selbstversichert Rentenversichert

Anschrift des Hausarztes/behandelnden Arztes: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Der Patient bedarf dringend einer stationären Behandlung, weil ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichend bzw. erschöpft sind. Die Behandlung ist dringend erforderlich und wird beantragt.

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§§ 23/24 SGB V)

um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§§ 40/41 SGB V)

weil eine Trennung des Kindes von der Mutter für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychosoziale Indikation“ ist unbedingt erforderlich)

1. Anamnese

2. Psychosoziale Indikation (z.B. fam. Problemsituationen, Doppelbelastung durch Beruf und Kinder o.ä. bitte angeben!)

Alleinerziehend ja nein Berufstätig ja, als _____

3. Medizinische Diagnose (Haupt- und Nebendiagnose, bitte Befunde und Berichte beifügen)

Körperliche Behinderung: ja, und zwar: _____ nein Anfallsleiden: ja nein

Besondere Kostform: ja nein

4. Bisherige Therapie (Medikamente etc.)

5. Allgemeine Hinweise

Hinweise für die Beratungsstelle: Vor Weitergabe an Dritte ist die Einwilligung der Patienten erforderlich. Über die Aufnahme- und Behandlungsvoraussetzungen wurde der Patient informiert. Die Bedingungen der Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen werden anerkannt. Es wird bescheinigt, dass der Patient nicht an einer erkennbaren ansteckenden Krankheit oder an einer manifesten psychischen Erkrankung oder einer Suchtmittelabhängigkeit leidet.

Kurklinik **Miramar**
Am Südstrand 5
23775 Großenbrode
Tel.: 04367-7180

Stempel der Beratungsstelle

Datum und Stempel mit Unterschrift des Arztes