

- Original für Kostenträger
1. Durchschlag für die Vermittlungsstelle
2. Durchschlag für die Kureinrichtung
3. Durchschlag für den Arzt

Ärztliche Stellungnahme zur Notwendigkeit einer Kur

(berechnungsfähig nach Nr. 77 BmÄ bzw. E-GO)

Name / Vorname	Geburtsdatum	Telefon
Straße	PLZ / Ort	
Krankenkasse / Ort	Mitgliedsnummer	
Krankenversicherung <input type="radio"/> selbst <input type="radio"/> familienversichert	Name des Versicherten	

Frühere Erkrankungen: (zutreffendes bitte unterstreichen)

Psychosomatische, psychovegetative, Herz- und Kreislauf, entzündliche rheumatische, degenerative rheumatische, Atemwegs, Stoffwechsel, Haut, gastroenterologische, gynäkologische Erkrankungen, Infektanfälligkeit, Allergien.

Ausprägung: chronisch rezidivierend

Jetzige Beschwerden: (keine Diagnose) _____

Diagnose: _____

wegen der o. g. Beschwerden ist die Patientin /der Patient nicht gelegentlich regelmäßig in ärztlicher Behandlung.

Bisherige Therapie: _____

Mutter / Vater / Kind bedarf einer stationären Mutter / Vater-Kind-Kur, (zutreffendes bitte ankreuzen)

- da infolge einer Schwächung der Gesundheit Erkrankungen einzutreten drohen (§ 24 SGB V)
- um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern, oder deren Verschlimmerung zu vermeiden (§ 41 SGB V)
- da eine Trennung von Mutter / Vater für die Dauer der Kur für das Kind nicht zu verantworten oder unzumutbar wäre.

Begründung der psychosozialen Situation

- Das Kind ist ebenfalls kurbedürftig (eigne ärztliche Stellungnahme).
- Auf Grund der besonderen familiären Situation ist die Trennung von Mutter / Vater unzumutbar und eine kurbedingte Trennung kann zu psychischen Schäden führen.
- Das Kind kann während des Kuraufenthaltes der Mutter / des Vaters nicht versorgt werden.

Vorschläge zu Kurmitteln (zutreffendes bitte unterstreichen)

Massagen, Bindegewebsmassagen, Fußreflexzonenmassagen, Lymphdrainage, Rotlicht, Fango, Elektrotherapie, Kältebehandlung, Packungen, Bäder, Güsse, Heißluft, Krankengymnastik, Trainingstherapie, Bewegungstherapie, Atemtherapie, funktionelle Gymnastik.

Behandelnde Ärztin / Arzt (mit Anschrift)

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift Ärztin / Arzt