Friesenhörn-Nordsee-Kliniken

Vorsorge- und Rehabilitation für Mutter & Kind an der Nordsee

Nordseeheilbad Horumersiel - Nordseebad Dangast

Ärztliches Attest (Kind)
zum Antrag für eine stationäre Mutter-Kind-Maßnahme

Vor- und Zuname des Kindes: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Ist seit dem _____ in meiner Behandlung. Krankenkasse: _____

☐ familienversichert bei _____ ☐ rentenversichert

Name der Mutter: _____ geb. am: _____

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

Das Kind bedarf einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme

☐ weil aufgrund des Gesundheitszustandes eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V)
☐ um die Erkrankung zu heilen, zu bessern bzw. 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. (Begründung siehe **Psychosoziale Situation**)

Anamnese: Größe: _____ m Gewicht: _____ kg Blutdruck: _____

_____

_____

_____

Diagnose: (Haupt- und Nebendiagnose)

_____

_____

_____

Behinderung: ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Anfallsleiden: ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Bisherige Therapie: (medikamentöse Behandlung)

_____

Psychosoziale Situation:

_____

_____

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

_____

_____ _____

Stempel Beratungsstelle Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Hinweis für Ärzte: Für die Angaben ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig