

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebslätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Ärztliches Attest Kind

zur 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. Erkrankungen**

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**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

--	--	--	--	--	--	--	--

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Ärztliches Attest Kind

zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## 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. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

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

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes