

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


**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. XXXXX EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

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 

---

---



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. XXXXX EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Ausfertigung für den Arzt**