Krankenkasse bzw. Kostenträger 4. Korrektur 04.04.2017			ktur 04.04.2017	Ärztliches Attest Kind			
Name, Vorname des Versicherten geb. am			geb. am	zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Re für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V	nabilitation		
Kostenträgerk	ennung	Versicherten-Nr.	Status				
Betriebsstätte	n-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
I.	Kurze	Angaben zu	ır Anamnese				
11.	Vorlie	gende Gesur	ndheitsprobleme				
A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das al Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)							
В.	Erkrank	kungen			Diagnoseschlüssel ICD-10-GM		
					_		
C.	Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)						
Ш	. Bishei	rige Kranken	behandlung und a	andere Maßnahmen			
IV.	. Empfo	ohlene Interv	entionen während	d 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

T T M M J J

PDF 417 Freiraum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

	4 Korrol	tur 04.04.2017					
Krankenkasse bzw. Koste	enträger 4. NOTTER	tur 04.04.2017					
	_						
N 1/ 1/ 1/							
Name, Vorname des Versicherten							
		geb. am					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-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					
Ш	Vorliegende Gesundheitsprobleme					
	Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z.B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)					
В.	Erkrankungen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM				
C.	Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)					
Ш	. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen					
IV	Empfohlene Interventionen während der Maßnahme					
	Hinweise für die Zuweisung	PDF 417 Freiraum				
	Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere stformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)					
	ja, folgende	_				
		-				

Ausfertigung für den Arzt

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung

ist die Nr. XXXXX EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes