

Ärztliches Attest
zum Antrag für eine stationäre Maßnahme in einer vom Deutschen Müttergenesungswerk
anerkannten Einrichtung

Kopien dieses Attestes gehen an die Kureinrichtung, die Beratungs- und Vermittlungsstelle für Müttergenesungskuren und an die Ärztin / den Arzt.

Frau _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

ist seit dem _____ in meiner Behandlung. Krankenkasse: _____

selbst versichert familienversichert bei _____ rentenversichert

Letzte Maßnahme vom: _____ bis _____ Kostenträger: _____

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

Sie bedarf einer **Mütterkur** **Mutter-Kind-Kur**, Anzahl der teilnehmenden Kinder: _____

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),
 um ihre Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V).

Dauer 3 Wochen Dauer 4 Wochen Schwerpunktmaßnahme

Anamnese:

Medizinische Diagnose (bitte fügen Sie aktuelle Spezialbefunde bei und geben Sie ggf. Gegenindikationen an):
Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Blutdruck: _____ Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Behinderung: nein ja, und zwar: _____

Ist eine Begleitperson erforderlich: nein ja

Anfallsleiden: nein ja

Bisherige Therapie: (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation)

Psychosoziale Situation:

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

Stempel der Beratungs- und Vermittlungsstelle

Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Hinweis für die Ärztin/ den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

Hinweis für die Beratungs- und Vermittlungsstelle: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.