

Attest für das Kind

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung einer medizinischen <input type="checkbox"/> Vorsorge nach § 24 SGB V <input type="checkbox"/> Rehabilitation nach § 41 SGB V für Mutter/Vater und Kind
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

Name Mutter/Vater

Name, Adresse und Tel. Kinderärztin/ Kinderarzt

Bitte ausfüllen

	Erkrankung	Dauer (seit wann)	Therapie	Bemerkung
	Obstr. Bronchitis/ Asthma			
	Neurodermitis			
	Allergien			gegen
	Übergewicht/Adipositas Untergewicht			Größe Gewicht
	Verhaltensauffälligkeiten			
	Soziale Integrationsstörungen			
	Probleme in der Schule			
	Schwierige Eltern-Kind- Interaktion			
	Geschwisterrivalität			
	Emotionale Störungen z.B. Enuresis, Ängste, Alpträume			
	Ein-/Durchschlafstörungen			
	Entwicklungsverzögerungen			
Bisherige Therapien:				
	Bei Behinderung:			GdB Pflegstufe
	Gruppen-/ Kindergartenerfahrung	Ja Nein	Integrations- kind	Ja Nein
			Ja Nein	Sonderpädagogische Maßnahmen Ja Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/ Ärztin