

**Ärztliches Attest (Kind)**  
zum Antrag für eine stationäre Mutter-Kind-Maßnahme in einer vom Deutschen  
Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung

Vor- und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

ist seit dem \_\_\_\_\_ in meiner Behandlung. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

familienversichert bei \_\_\_\_\_  rentenversichert

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

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

Das Kind bedarf einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme,

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht ( § 24 SGB V ),

um seine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten ( § 41 SGB V ),

weil eine Trennung von der Mutter für die Dauer der Maßnahme nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist  
(eine Begründung unter „**Psychoziale Situation**“ ist unbedingt erforderlich).

Dauer 3 Wochen

Dauer 4 Wochen

Schwerpunktmaßnahme, Dauer 4 Wochen

**Anamnese:**

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

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnose:**

Behinderung:  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden:  nein  ja

**Bisherige Therapie:** (verordnete Medikamente, evtl. Dauermedikation)

**Psychoziale 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.

**Anlage zum Selbstauskunftsbogen von Frau \_\_\_\_\_**

**Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes**

Name und Adresse des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name und Adresse Kinderärztin/Kinderarzt: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

		Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
<input type="checkbox"/>	Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/>	Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/>	Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/>	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/>	Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/>	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/>	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und/oder Kindertagenerfahrung	

Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_