



**Hochgebirgsklinik für Physikalische  
Medizin und Rehabilitation für Kinder  
und Jugendliche / Mutter-Kind**

Alois-Wagner-Str. 45, 87466 Oy-Mittelberg, Tel.: 08366-980 112, FAX: 08366-980 158  
E-Mail: aufnahme@reha-klinik-oy-mittelberg.de..... Internet: www.Reha-Klinik-Oy-Mittelberg.de

**Ärztliches Attest  
zum Antrag für Mutter/Vater/Kind  
für einen stationären Aufenthalt: Reha/Vorsorge/Reha mit Begleitung**  
Bitte stellen Sie für jede Person ein gesondertes Attest aus!

**Name des Patienten:** ..... **geboren am:** .....

**Anschrift:** .....

**familienversichert bei** ..... **Krankenkasse** .....

**privat** .....

**Name der Mutter:** ..... **geboren am:** .....

**Anschrift der Mutter:** .....

**Name des Vaters:** ..... **geboren am:** .....

**Anschrift des Vaters:** .....

**weitere Kinder:** .....

**- Vorsorgemaßnahme**  
infolge der Schwächung der Gesundheit eine Krankheit einzutreten droht (§ 24 SGB V)

**- Rehamaßnahme**  
um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V)

**- Reha-Maßnahme mit Begleitung**  
weil eine Trennung von der Mutter für die Dauer der Maßnahme nicht zu verantworten wäre oder  
unmittelbar ist (eine Begründung unter „Psychosoziale Situation“ ist unbedingt erforderlich).

**Anamnese**

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

Therapiemöglichkeiten am Heimatort sind ausgeschöpft:  nein  ja

Anfallsleiden:  nein  ja

Behinderungen:  nein  ja und zwar .....

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

.....  
.....

**Psychosoziale Situation** (bitte unbedingt angeben):

.....  
.....  
.....

**Spezielle Anforderungen an die Einrichtung** (z. B. behindertengerechtes Zimmer, Diät):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes