

Ärztliches Attest

Personalien der betroffenen Person

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____

Anschrift des Arztes

Name des Arztes: _____
Fachrichtung: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ Telefax: _____
E-Mail: _____
Tag der Untersuchung: _____

1. Diagnose über Art und Ausmaß der bestehenden Behinderung/en unter Verwendung des ICD-10:

Eine Behinderung liegt vor, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Eine drohende Behinderung liegt vor, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

2. Auswirkung/en der Behinderung/en auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

3. Welche Maßnahmen sind zur Verhütung, Milderung oder Beseitigung der (drohenden) Behinderung erforderlich und geeignet und werden empfohlen?

4. Die vorgeschlagene Maßnahme ist aufgrund folgender Behinderungsart/en erforderlich:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> drohende geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> (wesentliche) geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> drohende körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> (wesentliche) körperliche Behinderung |
| <input type="checkbox"/> drohende seelische Behinderung | <input type="checkbox"/> (wesentliche) seelische Behinderung |

5. Ist die vorgeschlagene Maßnahme überwiegend aus erzieherischen Gründen notwendig?

- ja nein

Wenn ja, warum: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes