

Ärztliches Attest

Personalien der Patientin / des Patienten

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Patient seit:
Anschrift:	

Angaben zum Arzt

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).

Bereich	Diagnose in Worten und Beschreibung der resultierenden Fähigkeitseinschränkungen	ICD 10 Schlüssel
körperliche Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> • Motorische Einschränkungen / Körperliche Behinderungen • Sinnesbehinderungen 		
seelische Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> • Psychische Behinderungen / Seelische Behinderungen 		

geistige Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> • Einschränkung der Intelligenzentwicklung / Geistige Behinderung (wenn möglich mit IQ) 		
sonstige Bereiche <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Entwicklungsverzögerung mit ihren Auswirkungen 		

2. Hilfsmittel oder Heilmittel:

Durch den Einsatz folgender Hilfsmittel werden Auswirkungen der (drohenden) Behinderung/-en wie folgt beseitigt oder gemildert:

Hilfsmittel:	Zustandsbeschreibung
_____:	_____
_____:	_____
_____:	_____

Die Patientin / der Patient erhält:

- Ergotherapie
- Logopädie
- Krankengymnastik
- Sonstige Heilmittel: _____

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

4. Ursachen der Behinderung (falls bekannt):

Die Behinderung ist Folge

- eines Unfalls	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- eines Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- eines schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

sonstige Ursachen: _____

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

- Ambulante heilpädagogische Maßnahmen (Interdisziplinäre Frühförderung, Heilpädagogische Behandlung,...):

- Teilstationäre Förderung (Heilpädagogische Tagesstätte, integrative Kindertageseinrichtung):

- Vollstationäre Unterbringung (Internat, Wohnheim):

- sonstige Maßnahmen:

6. Die vorgeschlagene Maßnahme ist geeignet und erforderlich, die (drohende) Behinderung oder deren Folgen zu mildern oder zu beseitigen, weil:

7. Sofern unter Punkt 1 mehrere Diagnosen genannt sind:

Die vorgeschlagene Maßnahme ist aufgrund folgender (drohender) Behinderung/en erforderlich:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes