



## Ärztliche Bescheinigung für eine stationäre Vorsorgemaßnahme für

Name, Vorname	Größe (cm)	Gewicht (kg)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Diagnose/n und bisherige Therapie

Wegen welcher/welchen Krankheit/en ist eine stationäre Vorsorgeleistung erforderlich?

  

Bisherige Therapie (ggf. Stichwort):

Untersuchungen in den letzten 6 Monaten (z.B. Röntgenuntersuchungen, EKG, Labor u. dergleichen):

  

### Medizinische Begründung

- Eine **stationäre Vorsorgeleistung** ist erforderlich,
- weil sich die Behandlungsziele weder durch medizinische Vorsorgeleistungen im Rahmen ambulanter Behandlung noch durch eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort erreichen lassen;
  - um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen;
  - um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken;
  - um eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden;
  - um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- Eine stationäre Vorsorgeleistung für Mütter ist erforderlich, weil sich die Behandlungsziele durch eine ambulante Vorsorgeleistung nicht erreichen lassen und einer stationären Vorsorgeleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder in einer gleichartigen Einrichtung gegenüber einer anderen ambulanten oder stationären Vorsorgeleistung der Vorzug zu geben ist.

### Therapievorschlag

Welche speziellen Therapiemaßnahmen sind notwendig?

Welche(r) Vorsorgeeinrichtung/Kurort wird vorgeschlagen?

 Dauer  Wochen

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01622 EBM 2000 plus berechnungsfähig -