

DRUCKEN SIE DIESEN ANTRAG AUS UND BRINGEN IHN VOM ARZT AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN ZUR KRANKENKASSE.

Antrag zur stationären Behandlung an den Kostenträger

(§ 23 SGB V, § 40 SGB V, § 31 SGB VI)

für Kind/Jugendlichen für Kind und Begleitperson

Name/Vorname des Kindes: geb.:

männlich weiblich Schulart/Klasse

Name/Vorname der Mutter: geb.:

Name/Vorname des Vaters: geb.:

Straße:

PLZ/Wohnort: Telefon:

Krankenkasse:

Anschrift der Krankenkasse:

Name des Mitglieds: geb.:

Versicherungs-Nr.:

Diagnosen:

bitte die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit nummerieren

Atemwegserkrankungen J99 (ICD-10)

Allergische Krankheiten T78.4

Hautkrankheiten L99

Psychosomatische und rehafähige psychische Krankheiten F99

Adipositas mit Krankheitswert E66

Stoffwechselkrankheiten E90

Herz-Kreislaufkrankheiten I79

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Vorgeschichte:

familiäre Situation,
frühere Erkrankungen,
jetzige Erkrankungen

Bisherige ambulante
Therapie:

Begründung und Ziel
für den stationären
Aufenthalt des
Kindes/Jugendlichen:

Vorgeschlagene stationäre Einrichtung:

Klinik Schönsicht, Oberkälberstein 1-11 83471 Berchtesgaden, Tel.: 08652 / 6004-0, FAX: 08652 / 6004-189,
info@klinikshoensicht.de, http://www.klinikshoensicht.de

Datum, Unterschrift,
Stempel des Arztes:



*... weil jeder eine
Aussicht braucht!*

