

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## I. Kurze Angaben zur Anamnese

---



---

## II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

**A. Gesundheitsstörungen** (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

---



---

**B. Erkrankungen**

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**C. Weitere relevante Informationen** (z.B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

---



---

## III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

---



---

## IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

---



---

## V. Hinweise für die Zuweisung

**A. Anforderungen an die Einrichtung** (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☐ ja, folgende 

---

---

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung  
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Ausstellungsdatum

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRF.NR.  
Muster 65a/E(10.2018)