

Kreisverwaltung Darmstadt-Dieburg
Fachbereich 540.3 - Eingliederungshilfe
64276 Darmstadt

Praxis:

(Ort, Datum)

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Eingliederungshilfe

Bei _____, geb. am _____
(Name des Kindes) (Geburtsdatum)

liegt / liegen nach ärztlicher Feststellung folgende **Gesundheitsstörung(en)** vor:

_____ ICD-10: _____
_____ ICD-10: _____
_____ ICD-10: _____

Schädigungen der Körperstrukturen und Funktionen:

Es ist davon auszugehen, dass die Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate beeinträchtigt ist / sein könnte. ja nein

Die Teilhabebeeinträchtigung(en) stehen unmittelbar im Zusammenhang mit den festgestellten Gesundheitsstörungen. ja nein

Eine Abweichung vom alterstypischen Gesundheitszustandes liegt vor. ja nein

Für das Kind sind medizinische Therapien verordnet:

	Ja	Nein	Dauer/Bemerkung
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Stempel und Unterschrift