

**Antrag zur stationären Behandlung an den Kostenträger
(§ 23 SGB V, § 40 SGB V, § 31 SGB VI)**

für Kind für Kind und Mutter als Begleitperson

Name/Vorname des Kindes:		geb.:
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> 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: wichtigste Diagnose für die Behandlung bitte zuerst	1. 2. 3. 4. 5.	
Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg		
Vorgeschichte: familiäre Situation, frühere Erkrankungen, jetzige Erkrankungen		
Bisherige ambulante Therapie:		
Begründung und Ziel für den stationären Aufenthalt des Kindes/Jugendlichen:		
Datum, Unterschrift, Stempel des Arztes:		