

Bezirk Oberbayern  
Bezirksverwaltung  
Prinzregentenstraße 14  
80538 München

## Ärztliches Attest

Zur Vorlage beim Bezirk Oberbayern

### I.) Personalien der betroffenen Person

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1.) Aktennummer* | 2.) Name, Vorname* |
| 3.) Anschrift*   | 4.) Geburtsdatum*  |
|                  | 5.) Patient seit*  |

### II.) Anschrift des Therapeuten / der Therapeutin / der Praxis

- |   |   |
|---|---|
| 1.) Name des Therapeuten / der Therapeutin* | 2.) Vorname des Therapeuten /der Therapeutin* |
| 3.) Fachrichtung*                           | 4.) Telefon, Telefax*                         |
| 5.) E-Mail*                                 | 6.) Tag der Untersuchung*                     |
| 7.) Anschrift*                              |   |

### III.) Attest

1.) Diagnose über Art und Ausmaß der bestehenden Behinderung/en unter Verwendung des ICD-10:

Eine Behinderung liegt vor, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Eine drohende Behinderung liegt vor, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Bereich

Diagnose in Worten und Beschreibung der resultierenden Fähigkeitseinschränkungen

ICD 10 Schlüssel

#### **Körperliche Entwicklung**

- Motorische Einschränkungen / körperliche Behinderungen
- Sinnesbehinderungen

#### **seelische Entwicklung**

- Psychische Behinderungen / Seelische Behinderungen

#### **geistige Entwicklung**

- Einschränkungen der Intelligenzentwicklung / Geistigen Behinderung (wenn möglich mit IQ)

#### **Sonstige Bereiche**

- Allgemeine Entwicklungsverzögerung mit ihren Auswirkungen

## 2.) Hilfsmittel oder Heilmittel

Durch den Einsatz folgender Hilfsmittel werden Auswirkungen der (drohenden) Behinderung/en wie folgt beseitigt oder gemildert:

Hilfsmittel

Zustandsbeschreibung

Die Patientin / der Patient erhält:

Ergotherapie

Logopädie

Krankengymnastik

Sonstige Heilmittel

## 3.) Auswirkung/en der Behinderung/en auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

4.) Ursachen der Behinderung (falls bekannt)

Die Behinderung ist Folge eines

- Unfalls	Ja	Nein
- Impfschadens	Ja	Nein
- schuldhaften Verhaltens Dritter	Ja	Nein

Sonstige Ursachen

5.) Welche Maßnahmen sind zur Verhütung, Milderung oder Beseitigung der (drohenden) Behinderung erforderlich und geeignet und werden empfohlen?

Ambulante heilpädagogische Maßnahmen (Interdisziplinäre Frühförderung, Heilpädagogische Behandlung,...)

Teilstationäre Förderung (Heilpädagogische Tagesstätte, integrative Kindertageseinrichtung)

Vollstationäre Unterbringung (Internat, Wohnheim)

Sonstige Maßnahmen:

6.) Die vorgeschlagene Maßnahme ist geeignet und erforderlich, die (drohende) Behinderung oder deren Folgen zu mildern oder zu beseitigen, weil

7.) Sofern unter Punkt 1 mehrere Diagnosen genannt sind

Die vorgeschlagene Maßnahme ist aufgrund folgender (drohender) Behinderung/en erforderlich

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Therapeuten / der Therapeutin

**Sofern aus Platzgründen Beiblätter erforderlich sind, bitten wir Sie, diese gesondert zu unterschreiben.**

Hausanschrift:  
Bezirk Oberbayern  
Prinzregentenstraße 14  
80538 München

U 4 oder U 5 Haltestelle Lehel  
Bus 100 Haltestelle Königinstraße  
[www.bezirk-oberbayern.de](http://www.bezirk-oberbayern.de)

Sprechzeiten:  
Mo-Fr 9-12 Uhr, Di-Do 13.30-15 Uhr  
Terminvereinbarungen sind außerhalb der  
Sprechzeiten möglich