|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachärztliches Kurzattest**  **für die Auftragsklärung** | | **H** |
| **ÄRZTIN / ARZT** | Patientinnen- bzw.  Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR) | Datum: |
|  | | |
| **Fachärztliches Kurzattest für die Auftragsklärung** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gliederung in Abschnitte** | | **Stichworte, zu denen relevante Aussagen gemacht werden müssen** |
| **1** | **Diagnose(n):** | ICD-NR + Text |
| **2** | **Behinderung(en):** | Bestehende bzw. drohende Behinderungen |
| **3** | **Empfehlung:** | Empfohlene Maßnahmen |