|  |  |
| --- | --- |
| **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      |