



Ärztliche Bescheinigung dem Antrag auf Sonderzulage hinzufügen

ausgefüllt auf Anfrage der Eltern

ausgefüllt auf Initiative des Arztes

Angaben über das untersuchte Kind

Untersuchtes Kind:	Adresse:																				
Name: _____	Straße: _____																				
Vorname: _____	Nummer: _____																				
Sozialversicherungsnummer:	Postleitzahl: _____																				
<table border="1"><tr><td>Jahr</td><td>Monat</td><td>Tag</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jahr	Monat	Tag																		Wohnort: _____
Jahr	Monat	Tag																			
	Land: _____																				

Ärztliche Stellungnahme bezüglich des untersuchten Kindes

Hauptbefund der Behinderung:
<p style="text-align: right;">Code ICD10: <input type="text"/></p>

Weitere Befunde der Behinderung:

Krankengeschichte im Zusammenhang mit der Behinderung:
Datum der Feststellung des Befundes : ____ / ____ / ____
Datum der ersten Behandlung : ____ / ____ / ____
Bitte geben Sie die Einschränkungen für den Patienten betreffend die neuro-psychologischen, motorischen, sensorischen, kardiorespiratorischen, metabolischen, urinalen oder anderer Funktionen genau an :

Aktuelle medizinische Beschreibung:

Bitte geben Sie die festgestellten Beeinträchtigungen, die Häufigkeit der Krisen, Schmerzen sowie Defizite genau an:

Natur und Dauer der Behandlung:

Bitte geben Sie die Art und Frequenz der Behandlungen sowie die in deren Zusammenhang auftretenden Beeinträchtigungen sowie möglichen Nebenwirkungen genau an:

Regelmässige sowie rezente Inanspruchnahmen:

* Krankenhausaufenthalte : Dauer: von _____ bis _____

Ursachen: _____

* Untersuchungen bei Fachärzten:

Datum der letzten Untersuchung(en): ____ / ____ / _____ , ____ / ____ / _____ , ____ / ____ / _____

Bitte fügen Sie die Krankenhausberichte sowie die Berichte der fachärztlichen Besuche bei.



Fähigkeiten des Kindes im Vergleich zu einem gleichaltrigen gesunden Kind:

* Mobilität:

* Kommunikation:

* Zwischenmenschliches Benehmen:

* Autonomie im Vergleich zu einem gleichaltrigen gesunden Kind:

* Bitte geben Sie die zusätzlichen Hilfen bezüglich Ankleiden, Waschen, Körperhygiene, ernährung, Transport, Schulbesuch, Spiele, Freizeit, usw genau an:

* Bitte geben Sie den Zeitaufwand dieser zusätzlichen Hilfen genau an:

* Bitte geben Sie die Personen welche diese Hilfen leisten genau an:

Entwicklungsperspektiven:

* Stabilität des Zustandes:

* Verschlimmerung des Zustandes:

* Schwankender Zustand (Häufigkeit der Krisen, Störungen, Beeinträchtigungen, usw):

* Besserung (Dauer und voraussichtliches Ende der Störung, Erkrankung, Beeinträchtigung):

Ärztliches Gutachten:

Einschätzung des Grades der Behinderung im Vergleich zu einem gleichaltrigen gesundem Kind in Anbetracht der funktionellen Behinderung, der Schmerzen, der therapeutischen Behandlung sowie der Beeinträchtigungen seines Umfeldes : _____ %

Angaben des behandelnden Arztes:

Stempel / Name und Adresse des behandelnden Arztes:

Datum: ___ / ___ / _____

Unterschrift des behandelnden Arztes:



Einreichen des Antrags

Die vorliegende Bescheinigung ist nach bestem Wissen und Gewissen durch den behandelnden Arzt auszufüllen.

Sie ist zusammen mit dem Antrag auf Sonderzulage an folgende Adresse zu schicken:

Zukunftskasse
B.P. 394
L-2013 Luxembourg

Datenschutz

Die Verarbeitung der gelieferten Daten erfolgt gemäß dem abgeänderten Gesetz vom 02.08.2002 betreffend den Schutz der Personen in Bezug auf Verarbeitung von persönlichen Daten.

