



# 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, sensoriiellen, 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

### Verarbeitung der angegebenen Daten

Ihre in diesem Formular erfassten personenbezogenen Daten werden auf Grundlage des Kindergeldgesetzes und des Sozialgesetzbuches verarbeitet. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet auf der Webseite der Zukunftskasse ([www.zukunftskasse.lu](http://www.zukunftskasse.lu)) – Rubrik „Datenschutz“ – auf der auch die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten bereitgestellt sind.

