

Fachärztliche Stellungnahme

(zur Vorlage beim LVR)

Bei Frau / Herrngeb.

liegt / liegen nach ärztlicher Feststellung folgende Gesundheitsstörung(en) vor:

1.(ICD 10.....)

2.(ICD 10.....)

3.(ICD 10.....)

Schädigungen der Körperstrukturen und Funktionen:

.....
.....
.....
.....

Bisherige notwendige Behandlungen, medizinische Befunderhebungen und Diagnostiken
(entsprechende Unterlagen bitte beifügen):

.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift der Ärztin / des Arztes