

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.....)

Krankheitsbild

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

Bisherige Behandlung

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

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift der Ärztin / des Arztes