

Fachärztliche Stellungnahme

(zur Vorlage beim LVR)

Bei Frau / Herrn, geb.

liegt / liegen nach fachärztlicher Feststellung folgende Diagnose(n)/ Gesundheitsstörung(en) vor:

1.(ICD 10.....)

2.(ICD 10.....)

3.(ICD 10.....)

Derzeitige Krankheitssymptome/ Funktionsstörungen:

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

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift der Ärztin / des Arztes