

Ärztliches Zeugnis zur Erholungshilfe

Tel:	Fax:
------	------

Posteingang:

Erholungssuchender:

Name:	Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!)	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.:	PLZ:	Ort:
E-Mail:	Tel.:	Fax:
bedarf der Erholung für die Dauer von _____ Wochen _____ Tagen zur Erhaltung <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Arbeitsfähigkeit		

Form der Erholung:

Die beabsichtigte Form des Erholungsaufenthaltes in (Erholungsort, Land)

ist zweckmäßig
 ist nicht zweckmäßig **Gründe:**

Zweckmäßiger ist ein Erholungsaufenthalt in (Erholungsort, Land)

Abweichung von 3-wöchiger Regeldauer, 2-jährigem Mindestabstand:

Ein Erholungsaufenthalt

von länger als drei Wochen
 vor Ablauf von 2 Jahren seit der letzten Maßnahme
ist aus ärztlicher Sicht mit folgender Begründung dringend notwendig:

Gründe:

Ein nachhaltiger Erholungserfolg ist trotz einer weniger als 3 Wochen dauernden Erholungsmaßnahme zu erwarten.

Nur bei Beschädigten:

Die Mitnahme einer Begleitperson ist notwendig wegen der anerkannten Schädigungsfolgen. nichtschädigungsbedingter Behinderung

Die MdE wegen anerkannter Schädigungsfolgen ist niedriger als 50 v.H.
Die Erholungsbedürftigkeit ist durch folgende nach dem Bundesversorgungsgesetz (SVG, ZDG, HHG, BSeuchG, OEG) anerkannten Schädigungsfolgen bedingt.

Schädigungsfolgen:

Ein Einzelzimmer ist erforderlich wegen:

Ort, Datum

Unterschrift, Arztstempel