Drucken

Ärztliches Zeugnis zur Erholungshilfe

Beste Aussichten
LANDKREIS CHAM
Bayern

Telefon	Telefax	poststelle@lra.landkreis-cham.de

Erholungssuchender:

Name:	Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!):	
Straße, Hausnummer:	PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefon:	Telefax:

bedarf der Erholung für die Dauer von _____ Wochen _____ Tagen zur Erhaltung der ☐ Gesundheit ☐ 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 ☐ nicht schädigungsbedingter 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

© LRA Cham Stand: 21.09.2011
A224_kof-aerztl_zeugnis_erholungshilfe.pdf