



ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR GEWÄHRUNG EINER BESONDEREN FAMILIENLEISTUNG ODER EINER ERHÖHTEN FAMILIENLEISTUNG FÜR BEHINDERTE KINDER

VO 1408/71: Art. 73; Art. 74  
VO 574/72: Art. 86; Art. 88

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung der Familienleistungen zuständigen Träger auszufüllen.

1.	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbständiger		
1.1.	Name <sup>(1a)</sup>			
1.2.	Vornamen	Frühere Namen <sup>(1a)</sup>	Geburtsort <sup>(1b)</sup>	
1.3.	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit	Kenn-Nummer/Versicherungsnummer <sup>(1c)</sup>
1.4.	Anschrift <sup>(2)</sup>			

2.	Kind, über das die ärztliche Bescheinigung auszustellen ist			
2.1.	Name <sup>(1a)</sup>			
2.2.	Vornamen			
2.3.	Geburtsort <sup>(1b)</sup>	Geburtsdatum	Geschlecht	Kenn-Nummer/Versicherungsnummer <sup>(1c)</sup>
2.4.	Anschrift <sup>(2)</sup>			

3.	Für die Gewährung von Familienleistungen zuständiger Träger			
3.1.	Bezeichnung			
3.2.	Anschrift <sup>(2)</sup>			
3.3.	Geschäftszeichen			
3.4.	Stempel	3.5. Datum	.....	
		3.6. Unterschrift	.....	

B. Bescheinigung

Von dem vom Träger des Wohnorts des untersuchten Kindes bezeichneten Arzt auszufüllen und an den in Feld 3 bezeichneten Träger unter Beigabe aller aktuellen sachdienlichen medizinischen Unterlagen (Fotos, Röntgenaufnahmen, ärztliche Untersuchungsbefunde usw.) weiterzuleiten (4).

4.

4.1. Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Untersuchung: ..... Jahre ..... Monate  
Gewicht: ..... kg ..... g Größe: ..... cm.

4.2. Psychomotorischer Entwicklungsrückstand  
Entwicklungsrückstand gemessen an der Norm:  Ja  Nein  
Wenn ja, welcher: .....

4.3. Selbständigkeit

Kann das Kind sich setzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	gehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
sprechen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	sich allein anziehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
allein essen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	schreiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (3)
			Ist es inkontinent?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (3)

4.4. Hilfestellung  
Erfordert der Zustand des Kindes die Hilfe eines Dritten?  Ja  Nein  
Ständig?  Ja  Nein Täglich, doch nicht ununterbrochen?  Ja  Nein  
oder sonstige Maßnahmen (genaue Angaben): .....

4.5. Art der Hauptbehinderung  
Ist die Behinderung des Kindes

sensorischer Art: — Sehbehinderung: .....  
— Hörbehinderung: .....

motorischer Art: .....

geistiger Art: geistige Störung .....  
Verhaltensstörung: .....

sonstiger Art: .....

4.6. Ursache der Behinderung (3)

— angeborene Fehlbildung .....  Ja  Nein

— Krankheit .....  Ja  Nein

Beginn der Behinderung: .....

Zeitpunkt der Diagnose: Monat: ..... Jahr: .....

Beginn der Behandlung: Monat: ..... Jahr: .....

— Unfall .....  Ja  Nein

Unfalldatum: .....

4.7. Damit zusammenhängende Behinderungen  
Welche? .....  
Sonstige Schwächen .....

4.8. Weitere Bemerkungen  
Behinderungen in der Familie: .....  
Bereits durchgeführte Zusatzuntersuchungen: .....  
(Kopien der Befunde gegebenenfalls beifügen)

4.9. Behandlungen einschließlich Rehabilitation und Wiederertüchtigung. Welche Behandlungen werden derzeit durchgeführt?

.....

Seit wann? .....

Zu welcher Behandlung wird geraten? .....

— Operationen: .....

.....

— Krankenhausaufenthalt (in den letzten drei Jahren): .....

— Behandlung zu Hause (Arzneimittel, ...) ..... Seit wann? ...../...../.....

..... Seit wann? ...../...../.....

..... Seit wann? ...../...../.....

— Rehabilitation:            Beginn                            Häufigkeit                            Wo?

Logopädie: .....

Physiotherapie: .....

Beschäftigungstherapie .....

(Psycho-)Therapie .....

Erste Hilfe zu Hause .....

4.10. Maßnahmen zur Ausbildung und Berufsbildung

Welche Maßnahmen werden derzeit durchgeführt? .....

.....

Seit wann? .....

Zu welchen Maßnahmen wird geraten? .....

4.11. Entwicklungsaussichten

Bitte genaue Angaben: .....

.....

4.12. ICD- (Internationale Klassifikation der Krankheiten — WHO) Kode der Krankheit

4.13. Beginn der Krankheit

4.14. Termin der nächsten Kontrolle

5.

5.1. Name und Vorname des Arztes .....

5.2. Anschrift (²) .....

.....

5.3. Datum

.....

5.4. Unterschrift

.....

## HINWEISE

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben. Er umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Dieser Vordruck wird in der Sprache des Arztes, der die Bescheinigung ausstellt, ausgefüllt.**

## ANMERKUNGEN

- (<sup>1</sup>) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; EL = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (<sup>1a</sup>) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.  
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, frühere Namen) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.
- (<sup>1b</sup>) Bei portugiesischen Orten sind auch Pfarrbezirk und Gemeinde anzugeben.
- (<sup>1c</sup>) Je nach Empfängerträger ist Folgendes anzugeben: für einen tschechischen Träger: die Geburtsnummer; für einen zypriotischen Träger: bei zypriotischen Staatsangehörigen die zypriotische Kenn-Nummer, bei nicht zypriotischen Staatsangehörigen die Nummer des Alien Registration Certificate (ARC); für einen dänischen Träger: die CPR-Nummer; für einen finnischen Träger: die Bevölkerungsregisternummer; für einen schwedischen Träger: die Personennummer (personnummer); für einen isländischen Träger: die persönliche Kenn-Nummer (kennitala); für einen lettischen Träger: die Kenn-Nummer; für einen liechtensteinischen Träger: die AHV-Nummer; für einen litauischen Träger: die persönliche Kenn-Nummer, für einen ungarischen Träger: die Sozialversicherungsnummer (TAJ); für einen maltesischen Träger: bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer; für einen norwegischen Träger: die persönliche Kenn-Nummer (fødselsnummer); für einen belgischen Träger: die nationale Sozialversicherungsnummer (NISS); für einen deutschen Träger des allgemeinen Rentenversicherungssystems: die Versicherungsnummer (VSNR); für einen spanischen Träger: bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis vermerkte (D.N.I.-) Nummer und bei Ausländern die N.I.E., selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist; für einen polnischen Träger: die PESEL- und die NIP-Nummer; für einen portugiesischen Träger: auch die Registrierungsnummer im allgemeinen Rentensystem, wenn die betreffende Person beim portugiesischen Beamtenondersystem versichert war; für einen slowakischen Träger: die Geburtsnummer; für einen slowenischen Träger: die persönliche Kenn-Nummer (EMŠO); für einen schweizerischen Träger: die AVS/AI(AHV/IV)-Versicherungsnummer. Falls nicht vorhanden, ist „keine“ anzugeben.
- (<sup>2</sup>) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.
- (<sup>3</sup>) Braucht nur ausgefüllt zu werden, wenn ein belgischer oder ein slowakischer Träger für die Gewährung der Familienleistung zuständig ist.
- (<sup>4</sup>) Wird in Slowenien von einer Ärztekommision ausgefüllt, die vom Minister für Beschäftigung, Familie und Soziales ernannt wird.