

# Fachärztliche Stellungnahme

(zur Vorlage beim LVR)

Bei Frau / Herrn .....geb. ....

liegt / liegen nach ärztlicher Feststellung folgende Gesundheitsstörung(en) vor:

1. ....(ICD 10.....)

2. ....(ICD 10.....)

3. ....(ICD 10.....)

Derzeitige Krankheitssymptome:

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

Bisherige Krankenbehandlung:

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

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift der Ärztin / des Arztes