**Musterbeispiel**

**Ärztliche Bescheinigung der medizinischen Notwendigkeit für Anwesenheit der Eltern**

*(Voraussetzung für Erstattungsantrag der Fahrtkosten während stationärem Aufenthalt des Kindes)*

(Datum)

(Name und Anschrift der Klinik)

**Ärztliche Bescheinigung**

Medizinisch notwendige Anwesenheit einer Begleitperson.

Das Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wurde vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / wird seit dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mit der Diagnose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in unserer Klinik behandelt.

**Die tägliche Anwesenheit einer Begleitperson ist medizinisch notwendig.**

Begründung:

Bei dem o. g. Kind handelt es sich um ein Frühgeborenes. Die Anwesenheit einer Begleitperson ist allein aufgrund des geringen Lebensalters des Kindes medizinisch notwendig. Die stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson ist aus organisatorischen Gründen nicht möglich.

Name des Arztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift)