



Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Psychiatrisches Attest für Mütter/Väter

Oben genannte/r Patientin/Patient befindet sich seit _____ in meiner psychiatrischen Behandlung.

Sie/er ist:

- gruppenfähig
- zu eigenständiger Kinderbetreuung außerhalb der Therapiezeiten in der Lage
- es liegen keine akut psychotischen oder schwer depressiven Symptome vor
- es besteht keine Eigen- oder Fremdgefährdung (d. h. keine Suizidalität, keine Selbstverletzung)
- es liegt kein Abusus von Suchtstoffen vor

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel Psychiater/in

K 1.1/2.1 MD 74, Rev. 01

Sich neu entdecken...