

<hr/> Name, Vorname:	 <p>Klinik Werraland Zentrum für Familiengesundheit</p> <p>Prävention und Rehabilitation Psychischer und somatischer Erkrankungen</p> <p>Balzerbornweg 2 37242 Bad Sooden-Allendorf Tel. 05652/955-0 Fax: 05652/955-100 info@klinik-werraland.de www.klinik-werraland.de</p>  <p><small>Zertifizierte Qualität</small> Diakonie Siegel Vorsorge/Rehabilitation Mütter/Mutter-Kind</p>
<hr/> Geb.-Datum:	
<hr/> Anschrift:	
<hr/> Telefon:	

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