

An die Krankenkasse

---

---

---

---

**Beigefügter ärztlicher Bericht  
zur Verordnung einer Krankenhausbehandlung in der  
Allergieklinik Davos  
Zentrum für Kinder und Jugendliche**

**Patient:**

---

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

---

Anschrift

---

Vers.-Nr.	Versicherter
-----------	--------------

Diagnose:

---

---

---

---

---

---

Anamnese:

---

---

---

---

---

Befund:


Therapie und  
Verlauf:


Ziel der Klinik-  
behandlung:


Indikation für die  
Behandlung im  
Hochgebirge:

- Unter Ausschöpfung zur Verfügung stehender medikamentöser Behandlungsmassnahmen wohnortnah nicht mehr kontrollierbares Krankheitsbild
- Drohende akute Gefährdung des Patienten bei weiterer Progredienz
- Unter Berücksichtigung des Alters langfristig unvertretbar hohes Therapieniveau mit der Gefahr unerwünschter Nebenwirkungen
- Aufgrund hochgradiger Sensibilisierungen nur unter Allergenkarenz des Hochgebirges Therapieerfolg zu erwarten
- Einleitung einer risikobehafteten Hyposensibilisierung nur unter Allergenkarenz verantwortbar
- Neubeurteilung bisheriger Therapieregimes mit entsprechender Diagnostik nur unter allergenfreien Verhältnissen möglich
- Eliminations- und Suchdiäten bei Nahrungsmittelallergien sind wegen polyvalenter Inhalationsallergien wohnortnah nicht in angemessener Weise durchführbar
- Im Kindes- und Jugendalter droht die Entwicklung irreversibler Störungen der körperlichen Entwicklung des Wachstums mit psychosozialen Sekundärfolgen in Schule und Beruf.
- Asthma- und Neurodermitisschulung bei Kindern und Jugendlichen kann wohnortnah nicht ausreichend bzw. erfolgversprechend gewährleistet werden.

---

Datum

Unterschrift

Stempel