



Bitte vom Arzt ausfüllen lassen!

Attest zur Vorlage beim Amt für Wohnen und Migration

Information für Ärzte:

Bei der Bearbeitung von Anträgen auf Registrierung für eine geförderte Wohnung berücksichtigt das Amt für Wohnen und Migration gesundheitliche Aspekte. Bitte beschreiben Sie als behandelnder Arzt ausführlich die Erkrankungen, die für den Wohnungswechsel maßgeblich sind. Geben Sie an, ob eine vorübergehende oder dauerhafte Erkrankung vorliegt (alternativ A, B, oder C) und ob diese auf die Wohnsituation zurückzuführen ist (D).

Name, Vorname Patient*in
Geburtsdatum Patient*in

Bitte beachten Sie zu A - C: Es kann immer nur Sachverhalt A oder B oder C erfüllt sein

A

Es liegen Beschwerden vor, die mit Beeinträchtigungen im täglichen Leben verbunden sind, aber noch **keine gesundheitliche Gefährdung mit sich bringen**.

Beispiele: Feinstaub-/Lärmbelastung; Streitigkeiten mit Nachbarn/Vermieter; geringfügiger Schimmel; Strahlenbelastung durch Mobilfunk; keine Einkaufsmöglichkeiten/keine Ärzte in der Nähe; Hitze/Kälte in Wohnung aufgrund mangelnder Isolierung;

Nein Ja, folgende:

B

Es liegen gesundheitliche Auswirkungen vor, die mit **erheblichen Beeinträchtigungen im täglichen Leben** verbunden sind und die Verschlimmerung bestehender oder Entwicklung neuer Erkrankungen, eine stationäre Behandlung oder Unfallgefahren befürchten lassen.

Beispiele: starker Schimmel bei Atemwegserkrankung; Gehbehinderung bei Wohnung ohne Lift, die Treppensteigen erschwerlich macht;

Nein Ja, folgende:

C

Es liegen gesundheitliche Auswirkungen vor, die ein **kritisches oder lebensbedrohliches Stadium** erreicht haben oder eine Gefährdung bereits zu entsprechenden Vorfällen geführt hat.

Beispiele: Rollstuhlfahrer kann Wohnung nicht verlassen (z.B. kein Aufzug); kein barrierefreier Zugang bei schwerer Gehbehinderung; Wohnung ohne Aufzug bei schwerer Herzerkrankung; wegen Gehbehinderung hat sich auf Treppe bereits Unfall ereignet; Durchführung von Heimdialyse oder nötige Übernachtung einer Pflegekraft in aktueller Wohnung nicht möglich.

 Nein Ja, folgende:

D

Die gesundheitlichen Auswirkungen müssen **auf die Wohnsituation zurückzuführen sein**. Durch einen Wohnungswechsel ist die **Beseitigung oder Linderung der Beschwerden** zu erwarten.

 Nein Ja, weil:

E

Die oben genannte Person ist auf die **Benutzung eines Rollstuhls** angewiesen:

 Nein Ja vorübergehend (Besserung/ Heilungserfolg ist absehbar)**F**

Die oben genannte Person benötigt einen **zusätzlichen Raum**, weil

sie eine Pflegekraft benötigt, die übernachten muss (bitte zusätzlich Pflegebescheid oder Gutachten des medizinischen Dienstes vorlegen)

sie Heimdialyse durchführt

andere Gründe vorliegen (bitte beschreiben):

Datum, Unterschrift Arzt

Stempel Arztpraxis (zwingend)

Bitte verwenden Sie zur Ausstellung des Attests zwingend dieses Formular. Sie finden dieses auch online:
www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Wohnungsamt/Sozialwohnung.html