

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Verordnung medizinischer
Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB-V**

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

64 Teil A

Pflegende Angehörige

nach § 23 SGB-V

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

**A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)**

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

**B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen,
häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)**

MUSTER

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie | <input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle | <input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger | <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner | <input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten | <input checked="" type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen | <input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters | | <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten | | <input type="checkbox"/> allein erziehend | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

Three horizontal lines for text entry.

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

Three horizontal lines for text entry.

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

Three horizontal lines for text entry.

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

Mütter-Leistung Väter-Leistung Mutter-Kind-Leistung Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1. _____	TT MM JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	TT MM JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	TT MM JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

ja, folgende _____

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

ja, Erläuterung _____

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

Three horizontal lines for text entry.

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Two horizontal lines for text entry.

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

Grid for date entry: | | | | | | | |

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Large empty box for stamp or signature.