

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

64 Teil A

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

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)

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

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

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

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

☐

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

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

IV. Vorsorgeziele

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

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
Behandlungs-
notwendigkeit*Belastete
Mutter-/
Vater-Kind-
BeziehungPsychosoziale
Gründe/
Betreuung
notwendig

1.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

☐
☐
☐

2.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

☐
☐
☐

3.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

☐
☐
☐

* 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)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes