

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Arbeitsgemeinschaft  
Eltern & Kind Kliniken**  
 Millberger Weg 1  
 94152 Neuhaus/Inn  
 Tel. 08503-9004-0  
 Fax: 08503-9004-39  
 www.mutter-kind.de



**Verordnung von  
Medizinischer Vorsorge  
für Mütter / Väter\* nach § 24 SGB V**

\* die im Folgenden verwendete weibliche Sprachform bzw. der Begriff Mutter schließt die entsprechende männliche Sprachform bzw. den Begriff Vater automatisch mit ein

**I. Sozialanamnese**

- ledig     verheiratet     getrennt lebend     geschieden     verwitwet  
 in Partnerschaft lebend     alleinerziehend

**Besteht eine Schwangerschaft?**

- ja     nein

**Berufliche Situation:**

- Berufstätig als ..... mit ..... Std. in der Woche  
 besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst, Nachtdienst, usw.)  
 Mutter und Hausfrau     Elternzeit bis .....     arbeitslos seit .....

**II. Klinische Anamnese**

**Beschwerden der Versicherten (seit wann?) und Verlauf**

---



---



---



---

**III. Vorsorgerelevante und weitere Diagnosen**

nach ICD 10

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**IV. Vorsorgebedürftigkeit (med. Befunderhebung) - ggf. aktuelle Befundberichte beifügen**

**A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen**

---



---



---



---

**B. Für die Bewältigung des Alltags relevante Schwierigkeiten in folgenden Bereichen**

(z. B. in den Bereichen häusliches Leben, soziale Aktivitäten, interpersonelle Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsverhalten, Umgang mit psychischen Anforderungen, Erholung und Freizeit)

---



---



---



---



---

**C. Vorsorgerelevante positiv / negativ wirkende Kontextfaktoren**

(soweit noch nicht aufgeführt - z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen, berufliches Umfeld, Suchtproblematik von Familienangehörigen, Erziehungsschwierigkeiten, Familienmitglieder mit Behinderung, finanzielle Sorgen)

---

---

---

---

---

**D. Risikofaktoren**

- Nikotin                       Alkoholmissbrauch                       Übergewicht                       Bewegungsmangel  
 Drogenmissbrauch / Medikamentenmissbrauch                       Sonstiges \_\_\_\_\_

**V. Maßnahmen und Verlauf der Krankenbehandlung**

**A. Bisherige ärztliche Intervention** (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

---

---

---

---

---

**B. Arzneimitteltherapie** (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

---

---

---

---

**C. Heilmittel** (physiotherapeutische / physikalische Anwendungen, Ergotherapie u. ä.)

---

---

---

---

---

**D. Andere Maßnahmen - auch privat / auf eigene Kosten** (Psychotherapie, Gesundheitsschulungen, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, heilpraktische / homöopathische Behandlung, sportliche Betätigung usw.)

---

---

---

---

---

**VI. Vorsorgefähigkeit**

- Die Patientin verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit                       Die Patientin verfügt über eine ausreichende Motivation  
 Die Patientin verfügt über die erforderliche Mobilität                       Die Patientin ist motivierbar

**VI. Vorsorgeziele**

**A. Ziele aus Sicht des Arztes vor allem im Hinblick auf alltagsrelevante Schwierigkeiten (siehe IV B), Gesundheitsstörungen (siehe IV A) und negative Kontextfaktoren (siehe IV C)**

---

---

---

---

---

**B. Zielvereinbarung mit der Patientin**

---

---

---

---

---

## VIII. Vorsorgeprognose

Es besteht eine positive Vorsorgeprognose hinsichtlich der

- Gesundheitsstörungen  Kontextfaktoren  
 Alltagsrelevanten Schwierigkeiten  Ziele aus Sicht der Patientin

## IX. Sonstige Angaben

**A. Besondere Anforderungen an die Vorsorgeeinrichtung** (z. B. besondere Therapieangebote, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, besondere Diät- / Ernährungsformen, allergiegerecht, kleine Einrichtung usw.)

**B. Ist aufgrund gravierender Störungen ein Angebot zur Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion erforderlich?**

- ja  nein

**Begründung / Erläuterung:**

**C. Im Falle einer Beantragung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren:**

- Eine vorzeitige Durchführung ist medizinisch dringend notwendig

**Begründung / Erläuterung:**

**D.  Eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist notwendig**

**Begründung / Erläuterung:**

**E. Die Maßnahme soll durchgeführt werden als**

- Mutter-Kind-Maßnahme

*Stempel Arzt / Ärztin*

*Hinweis für die Ärztin / den Arzt: Für die Angaben ist die 01622 EBM berechnungsfähig*

*Hinweis für die Mutter-Kind-Beratungsstelle: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich*

Beratungsstelle

*Stempel Beratungsstelle*