

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

### Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Millberger Weg 1  
 94152 Neuhaus am Inn  
 Tel. 08503-9149-0  
 Kostenfrei 0800-2255100  
 Fax: 08503-9149-20  
 www.mutter-kind-hilfswerk.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 nahstehenden 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 und Unterschrift 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*

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

*Stempel Beratungsstelle*