



Ausfüllhilfe für Ärztinnen/Ärzte zum Antrag der Schwerpunktcur „zusammen stark werden“

I.A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren

Welche gesundheitlichen Einschränkungen (z. B. Erschöpfungszustände, Mehrfachbelastung, Alleinerziehend) bestehen, die den Alltag und deren Bewältigung beeinflussen?

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

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

I.B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

In diesen Abschnitt bitte ausschließlich psychovegetative Indikationen (z. B. Kopfschmerzen, Fatigue-Syndrom, Schlafstörung) und/oder leicht psychosomatische Indikationen (z. B. Anpassungsstörung, Erschöpfungszustände, akute Belastungsreaktion) einfügen. Die vergangene Krebsdiagnose stellt keine Vorsorgebedürftigkeit dar und sollte nicht erwähnt werden. Bei Erwähnung eines Z.n. Karzinoms kann die Krankenkasse ggf. den Antrag ablehnen und auf eine Rehabilitation verweisen.

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

- A. Kurze Anamnese:** Bsp. psychische Reaktion auf die onkologische Erkrankung (psychosomatische Problematik), aktuelle und vergangene Diagnosen.
- B. Vorübergehende Beeinträchtigungen:** Bsp. Alleinerziehend, Anzahl Arbeitsstunden, Partnerschaftsprobleme, Erziehungsschwierigkeiten, Pflege von Angehörigen, Berufstätigkeit.
- C. Kontextfaktoren:** Bitte zutreffendes ankreuzen.

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

<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 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"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit
<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> allein erziehend	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie
<input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten			

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen



III. Krankenbehandlung

A. Bsp. Medikation, stützende Gespräche, Erstdiagnose der Krebserkrankung, Chemotherapie, Bestrahlung, Psychotherapie.
B. Bsp. Anschlussheilbehandlung, onkologische Rehabilitation, Physiotherapie, Lymphdrainage.

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 Selbsthilfeeingeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Bsp. Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit durch Abstand vom Alltag. Erlernen von Techniken zur Entspannung und körperliche Kräftigung, Stärkung der Selbstfürsorge und Resilienz, Hilfe bei Erziehungsproblemen.

IV. Vorsorgeziele

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

V. Zuweisung

A. **Empfohlene Leistungsform:** Mutter-Kind-Leistung ankreuzen.
B. **Angaben zu Kindern:** Alle mitreisenden Kinder inkl. Geburtsdatum und Grund der Mitnahme vermerken.

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. <input type="text"/>	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	TTMMJJ	<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:** Bsp. Nennung der Schwerpunktcur „zsw - zusammen stark werden“ mit Klinikname (Klinik Nordseedeich oder Klinik Inntaler Hof).
B. **Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig:** Nur bei Bedarf ausfüllen.

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienmilieu, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtungsmerkmale für Hinweis für mitaufzunehmende Kinder)

ja, folgende

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

ja, Erläuterung