

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



**Elly Heuss-Knapp-Stiftung
Müttergenesungswerk**

**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 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 Aktivitäten usw.)

VI. Vorsorgefähigkeit

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über eine ausreichende Motivation |
| <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über die erforderliche Mobilität | <input type="checkbox"/> Die Patientin ist motivierbar |

VII. Vorsorgeziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes 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

<input type="checkbox"/> Gesundheitsstörungen	<input type="checkbox"/> Kontextfaktoren
<input type="checkbox"/> Alltagsrelevanten Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 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 Wartefrist von 4 Jahren:

Eine vorzeitige Durchführung ist dringend medizinisch notwendig

Begründung / Erläuterung:

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

Begründung / Erläuterung:

E. Die Maßnahme soll durchgeführt werden als

Mütter-Maßnahme Mutter-Kind-Maßnahme

	<p><i>Stempel Arzt / Ärztin</i></p>
--	-------------------------------------

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

Hinweis für die MGW-Beratungsstelle: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.

MGW-Beratungsstelle

	<p><i>Stempel Beratungsstelle</i></p>
--	---------------------------------------