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

Mutter-Kind-Kurberatung-
Friesland - Mukiku
Telefon (04461) 9849060 · 26419 Schortens · Bahnhofstr. 25

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

☐ **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**

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

☐ **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 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** (o. Vater)

☐ **Mutter-Kind-Maßnahme** (o. Vater)

	Stempel Arzt / Ärztin

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.

Mutter-Kind-Kurberatung-Friesland Beratungsstelle

	Stempel Beratungsstelle