

Krankenkasse bzw. Kostenträger			 Mutter-Kind-Kurberatung- Friesland - Mukiku Telefon (04461) 9849060 · 26419 Schortens · Bahnhofstr. 25
Name, Vorname der Versicherten geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

**Verordnung von
Medizinischer Rehabilitation
für Mütter / Väter* nach § 41 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. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

	nach ICD 10

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (med. Befunderhebung) – ggf. aktuelle Befundberichte beifügen

Liegt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor? ja ☐ nein ☐

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen

B. Alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und / oder Teilhabe

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

C. Rehabilitationsrelevante 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. Rehabilitationsfähigkeit

- | | |
|--|--|
| ☐ 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. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes vor allem im Hinblick auf alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und / oder Teilhabe (siehe IV B), ferner auf Schädigungen (siehe IV A) und negative Kontextfaktoren (siehe IV C)

B. Zielvereinbarung mit der Patientin



VIII. Rehabilitationsprognose

Es besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

- | | |
|---|--|
| ☐ Schädigungen | ☐ Kontextfaktoren |
| ☐ Aktivitäten und Teilhabe | ☐ Ziele aus Sicht der Patientin |

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (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 Beratungsstelle: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich

Mutter-Kind-Kurberatung-Friesland Beratungsstelle

Stempel Beratungsstelle