



Krankenkasse bzw. Kostenträger



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

Name, Vorname der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

### 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 Wartezeit 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**

*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.

**MGW-Beratungsstelle**

*Stempel Beratungsstelle*