

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

## Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

64 Teil A

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

### I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

#### A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren

(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

|  |
|--|
|  |
|  |

#### B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

|  |
|--|
|  |
|  |

Ausfertigung für die Krankenkasse

**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 Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)**

|  |
|--|
|  |
|  |

**IV. Vorsorgeziele**

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

|  |
|--|
|  |
|  |

**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"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                 |
| 2. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                 |
| 3. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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 (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)**

ja, folgende

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

ja, Erläuterung

**C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)**

|  |
|--|
|  |
|  |

**D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer**

|  |
|--|
|  |
|--|

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes