

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer medizinischen <input type="checkbox"/> Vorsorge nach § 24 SGB V <input type="checkbox"/> Rehabilitation nach § 41 SGB V für Mutter/Vater und Kind
Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum	

1. Sozialanamnese

verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 ledig allein erziehend in Partnerschaft lebend

Anzahl Kind(er) **Alter** **Schwangerschaft:** nein ja **Entb.-Termin**.....

Berufliche Situation

berufstätig als mit Std. in der Woche/Monat
 besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst, Nachtdienst.....)
 Mutter/Vater und Hausfrau/-mann Elternzeit bis arbeitslos seit berentet

2. Klinische Anamnese

	Größe:		RR:
körperliche Beschwerden	Dauer seit Mon. Jahren	seelische Beschwerden	Dauer seit Mon. Jahren
Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depression, gestörter Antrieb	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rücken-/Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Unruhe, Nervosität, Angst	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herz- Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Störungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	chronische Müdigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Über- oder Untergewicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gereiztheit, impulsive Ausbrüche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonstiges			

Chronische Erkrankungen als zusätzlicher Belastungsfaktor im Alltag
(nicht Grund für die Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme)

Diagnose	ICD 10	Dauer-/Bedarfsmedikation
.....

3. Vorsorge-/ Rehabilitationsrelevante Diagnosen

Diagnose	ICD 10	Diagnose	ICD 10
.....
.....

4. Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit (med. Befunderhebung)

4.1 Gesundheitsstörungen:

4.2 Für die Bewältigung des Alltags relevante Schwierigkeiten

- bei der Haushaltsführung
- bei der Versorgung und Betreuung der Kinder
- bei interpersonellen Beziehungen (Partner, Kinder, Freunde)
- Störung der Mutter/Vater-Kind-Interaktion
- Störung der kindlichen Entwicklung und Gesundheit
- Störungen des Familiensystems und des sozialen Netzwerkes
- bei sozialen Aktivitäten
- auf die eigene Gesundheit zu achten, Schonung bei Erkrankung
- fehlende Erholung/Freizeit
- Migrationshintergrund

4.3 Kontextfaktoren (enger Zusammenhang zwischen Gesundheitsstörung und Mutter-/Vaterrolle)

- allein erziehend
- behindertes Kind/chron. krankes Kind
- rasche Geburtenfolge/Mehrlinge
- soziale Isolation
- Pflege/Unterstützung von Angehörigen
- Verlust/Tod nahe stehender Personen
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- mangelnde Unterstützung durch PartnerIn
- entwicklungsverzögertes/verhaltensauffälliges Kind
- gravierende Erziehungsprobleme/Versagensgefühle
- gravierende Partner-/Eheprobleme
- Suchtprobleme im Umfeld
- beengte Wohnverhältnisse
- eigene Arbeitslosigkeit/fehlende berufliche Perspektive

4.4 Risikofaktoren

- Nikotin
- Bewegungsmangel
- Alkohol
- Übergewicht
- Medikamenten-/Drogenkonsum

5. Maßnahmen der bisherigen Behandlung

5.1 ärztliche Intervention: (haus- und fachärztlich, stationär ...)

5.2 Arzneimittel:

5.3 Heilmittel:

5.4 andere Maßnahmen auch auf eigene Kosten:
(Psychotherapie, Schulungen, Nutzung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Heilpraktiker, Sport)

6. Vorsorge-/Rehabilitationsfähigkeit

- Der/Die PatientIn verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
- Der/Die PatientIn verfügt über die erforderliche Mobilität
- Der/Die PatientIn verfügt über eine ausreichende Motivation
- Der/Die PatientIn ist motivierbar

7. Vorsorgeziele

7.1 Ziele aus Sicht des/der Arztes/Ärztin im Hinblick auf alltagsrelevante Schwierigkeiten siehe 4.2, Gesundheitsstörungen 4.1 und negativer Kontextfaktoren 4.3

7.2 Zielvereinbarung mit dem/der PatientIn

- Eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist notwendig**

7.3 Im Falle einer Beantragung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren

- Eine vorzeitige Durchführung ist medizinisch dringend notwendig

Begründung/ Erläuterung

Hinweis für Ärzte: Für die Angaben ist die 01622 EBM berechnungsfähig

Hinweis für Beratungsstellen: Vor Weitergabe des Attests an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich

Stempel Beratungsstelle

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin