

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Gesundheitshausen		
Name, Vorname des Versicherten Herold, Ines Ringstr. 13 99988 Unterbach geb. am 03.02.1989		
Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. L771894561	Status 3
Betriebsstätten-Nr. 619530400	Arzt-Nr. 6184925/01	Datum 20.02.

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

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)

Chronisches Erschöpfungssyndrom durch Zeitmangel, Doppelbelastung Familie + Beruf

häufige Bronchitis und Rückenschmerzen

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Ausgebranntsein [Burn-out], Stress

Z73

häufige Bronchitis

J40

Rückenschmerzen, nicht näher bez.: mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule

M54.90

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

Ehemann hatte im November 2017 einen schweren Verkehrsunfall – die Sorge um den Gesundheitszustand des Ehemannes über längere Zeit, die alleinige Verantwortung über Entscheidungen und Erziehungsfragen sowie finanzielle Sorgen belasten die Patientin schwer.

B. Vorübergehende Beeinträchtigung 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)

eigene Gesundheit rückt in den Hintergrund

häusliche und berufliche Anforderungen sind schwer unter einen Hut zu bringen

schulische Probleme der Tochter

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie | <input checked="" type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle | <input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger | <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung |
| <input checked="" type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner | <input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaften | <input checked="" type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/ in der Schule |
| <input checked="" type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit |
| <input checked="" type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten | <input type="checkbox"/> alleinerziehend | | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/ des Mannes in der Familie |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Name, Vorname des Versicherten Herold, Ines	Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. L771894561	64 Teil B
---	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen**A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie****Hausärztliche Behandlung, orthopädische Mitbehandlung mit anschließender Physiotherapie**☒ 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)****Beratung bei der Vertrauenslehrerin sowie der Erziehungsberatungsstelle****IV. Vorsorgeziele**

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

Stabilisierung der gesundheitlichen und familiären Gesamtsituation**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
Behandlungs-
notwendigkeit*Belastete
Mutter-/
Vater-Kind-
BeziehungPsychosoziale
Gründe/
Betreuung
notwendig1. **Herold, Jasmin****1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5**☒☐☐

2. _____

 | | | | | |☐☐☐

3. _____

 | | | | | |☐☐☐

* 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 mitaufzunehmender Kinder)**☒ ja, folgende**Mutter-Kind-Kur im stressfreien Reizklima****C. 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)**_____
_____**A. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer**

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

Ausstellungsdatum

2 | 0 | 0 | 2**Ausfertigung für die Krankenkasse**Dres. med. B. und M. Strobel
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Kösinger Str. 18, 99988 Unterbach
Tel. 09999/1266 - Fax 09999/1267

Vertragsarzt/ärztliche Untereinheit des Arztes

Muster 64 Ba (10.2018)

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Gesundheits		
Name, Vorname des Versicherten Herold, Jasmin Ringstr. 13 99988 Unterbach geb. am 10.01.2015		
Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. L771894561	Status 3
Betriebsstätten-Nr. 619530400	Arzt-Nr. 6184925/01	Datum 20.02.

Ärztliches Attest Kindzur Verordnung einer medizinischen Vorsorge/Rehabilitation
für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V**II. Kurze Angaben zur Anamnese**Schulische Probleme wegen Entwicklungsverzögerungen und familiärer GesamtsituationGesundheitliche Beeinträchtigungen als Belastungsreaktion**III. Vorliegende Gesundheitsprobleme**

- A. **Gesundheitsstörungen** (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

Entwicklungsverzögerung, schulische ProblemeAtemnotattacken, HauterkrankungenB. **Erkrankungen**Diagnoseschlüssel
ICD-10-GMEntwicklungsverzögerungF89Krankheit der Haut und der UnterhautL98.9Akute Infektion der oberen AtemwegeJ06.9

- C. **Weitere relevante Informationen** (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

Schulische Probleme**III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen**Abklärung beim Hautarzt und LungenfacharztMedikamente und Inhalationsbehandlung mit Bromid und Davorin sowie Cortisonsalbe**IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme****V. Hinweise für die Zuweisung**

- A. **Anforderungen an die Einrichtung** (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☒ ja, folgendeMutter-Kind-Kur im stressfreien ReizklimaFür das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

2 | 0 | 0 | 2 |

Dres. med. B. und M. Strobel
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Kösinger Str. 18, 99988 Unterbach
Tel. 09999/1266 - Fax 09999/1267

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse