

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



**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

**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**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über eine ausreichende Motivation |
| <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über die erforderliche Mobilität                              | <input type="checkbox"/> 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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsstörungen              | <input type="checkbox"/> Kontextfaktoren               |
| <input type="checkbox"/> Alltagsrelevanten Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> 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 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                       Mutter-Kind-Maßnahme

	<i>Stempel Arzt / Ärztin</i>
--	------------------------------

**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
---------------------

	<i>Stempel Beratungsstelle</i>
--	--------------------------------