

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

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

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

## 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-/väter spezifische 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

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

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

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

## 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

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

## 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-/vaterspezifische 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"/> ständiger Zeitdruck   | <input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten      |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters   | <input type="checkbox"/> allein erziehend                            | <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"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie |  |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

---



---

Ausfertigung für den Arzt

Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 2 Einzelsätze voneinander trennen

### 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 Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1. <input type="text"/>	<input type="text"/> TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/> TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/> TTMMJJ	<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. XXXXX EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### 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 Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1. _____	T T M M J J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	T T M M J J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	T T M M J J	<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. XXXXX EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes