

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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"/> Erziehungs-schwierigkeiten                                                                                                                            | <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

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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-/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"/> Erziehungs-schwierigkeiten                                                                                                                            | <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 den Arzt

### 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-  
BeziehungPsychosoziale  
Gründe/  
Betreuung  
notwendig

1.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

☐
☐
☐

2.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

☐
☐
☐

3.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

☐
☐
☐

\* 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

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-  
BeziehungPsychosoziale  
Gründe/  
Betreuung  
notwendig

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 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

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Arzt