

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 Rehabilitation für Mütter / Väter* nach § 41 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

Berufliche Situation:

Berufstätig als mit Std. in der Woche

besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst, Nachtdienst usw.)

Mutter und Hausfrau Elternzeit bis arbeitslos seit

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

II. Klinische Anamnese

Beschwerden der Versicherten (seit wann?) und Verlauf

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

	nach ICD 10
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (med. Befunderhebung) – ggf. aktuelle Befundberichte beifügen

Liegt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor? ja nein

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen

B. Alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und / oder Teilhabe

(z. B. in den Bereichen häusliches Leben, soziale Aktivitäten, interpersonelle Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsverhalten, Umgang mit psychischen Anforderungen, Erholung und Freizeit)

C. Rehabilitationsrelevante 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 Betätigung usw.)

VI. Rehabilitationsfähigkeit

- | | |
|--|--|
| <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. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes vor allem im Hinblick auf alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und / oder Teilhabe (siehe IV B), ferner auf Schädigungen (siehe IV A) und negative Kontextfaktoren (siehe IV C)

B. Zielvereinbarung mit der Patientin

VIII. Rehabilitationsprognose

Es besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schädigungen | <input type="checkbox"/> Kontextfaktoren |
| <input type="checkbox"/> Aktivitäten und Teilhabe | <input type="checkbox"/> Ziele aus Sicht der Patientin |

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (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

	<p style="font-size: 1.2em; font-style: italic;">Stempel Arzt / Ärztin</p>
--	--

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

<p style="font-size: 1.2em;">MGW-Beratungsstelle</p>
--

	<p style="font-size: 1.2em; font-style: italic;">Stempel Beratungsstelle</p>
--	--