

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

Haus Elstersteinpark

Vorsorge- und Rehabilitationsklinik

Verordnung einer medizinischen
 Vorsorge nach § 24 SGB V
 Rehabilitation nach § 41 SGB V
für Kind



anerkannte Klinik Müttergenesungswerk

1. Klinische Anamnese

Beschwerden der Versicherten (seit wann?) und Verlauf

Größe:

Gewicht:

Blutdruck:

2. Vorsorge-/Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

3. Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit (med. Befunderhebung) ggf. aktuelle Befundberichte beifügen

A. Vorsorge-/Rehabilitationsrelevante Gesundheitsstörungen

B. Für die Bewältigung des Alltags relevante Schwierigkeiten (interpersonelle Beziehungen, Arbeit, Haushalt, Gesundheitsverhalten)

C. Relevante positiv / negativ wirkende Kontextfaktoren soweit noch nicht aufgeführt (familiäre Unterstützung, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Suchtproblematik von Angehörigen, finanzielle Sorgen)

D. Risikofaktoren

- Übergewicht Bewegungsmangel
 Sonstiges: _____

4. Maßnahmen und Verlauf der Krankenbehandlung

A. Bisherige ärztliche Interventionen

B. Arzneimittel (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

C. Heilmittel (physiotherapeutisch / physikalische Anwendungen, Ergotherapie u.ä.)

D. Andere Maßnahmen (Selbsthilfegruppen, Homöopathie, Sport usw.)

5. Vorsorge-/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 |

6. Vorsorge-/Rehabilitationsziele

A. aus Sicht des Arztes in Hinblick auf Gesundheitsstörungen (4A) sowie Alltagsbewältigung (4B)

B. Zielvereinbarung für Kind

7. Vorsorge-/Rehabilitationsprognose

Es besteht eine positive Vorsorgeprognose hinsichtlich der:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsstörungen | <input type="checkbox"/> Kontextfaktoren |
| <input type="checkbox"/> Alltagsbewältigung | |

8. Anforderungen an die Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> allergiegerecht | <input type="checkbox"/> behindertengerecht | <input type="checkbox"/> besondere Ernährungsformen _____ |
| <input type="checkbox"/> Reizklima | <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Interaktion | <input type="checkbox"/> spezielle Therapieangebote _____ |

9. Sonstige Bemerkungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Die Beantragung liegt vor dem Ablauf der 4 jährigen Wartefrist | <input type="checkbox"/> Die vorzeitige Durchführung ist dringend notwendig |
|---|---|

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel, Unterschrift der Beratungsstelle

Hinweis für Ärzte: Für die Angaben ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig