

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 Mutter/Vater**



anerkannte Klinik Müttergenesungswerk

## 1. Sozialanamnese

- ledig     verheiratet     getrennt     geschieden  
 verwitwet     in Partnerschaft lebend     allein erziehend

**Besteht eine Schwangerschaft?**

ja     nein

### Berufliche Situation:

- Berufstätig als: \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Std. in der Woche  
 besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst usw.)  
 Mutter und Hausfrau     Elternzeit bis \_\_\_\_\_     arbeitslos seit: \_\_\_\_\_

## 2. Klinische Anamnese

Beschwerden der Versicherten (seit wann?) und Verlauf

**Größe:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Blutdruck:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

## 3. Vorsorge-/Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4. 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

- Nikotin     Alkoholmissbrauch     Übergewicht     Bewegungsmangel  
 Drogen / Medikamentenmissbrauch     Sonstiges: \_\_\_\_\_

**5. 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.)

---

---

**6. 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                           |

**7. Vorsorge-/Rehabilitationsziele**

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

---

---

---

---

**B. Zielvereinbarung mit der Patientin**

---

---

---

---

**8. Vorsorge-/Rehabilitationsprognose**

Es besteht eine positive Vorsorgeprognose hinsichtlich der:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsstörungen | <input type="checkbox"/> Kontextfaktoren               |
| <input type="checkbox"/> Alltagsbewältigung   | <input type="checkbox"/> Ziele aus Sicht der Patientin |

**9. 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 _____ |

**10. 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

