

Wünschen Sie mehr Informationen zu Schloss Neuhaus und zu Mutter-Kind-Kuren?



Sie wollen eine Mutter-Kind-Kur durchführen und brauchen Hilfe beim Beantragen.

Ich helfe Ihnen gern. Unkompliziert, überregional und kostenlos.

Rufen Sie mich an oder mailen Sie mir. Wir vereinbaren einen Beratungstermin und Sie erhalten von mir alle Formulare, die Sie für Ihren Kurantrag benötigen.

Ich helfe Ihnen bei der Beantragung der Mutter-Kind-Kur und gebe Ihnen nützliche Hinweise, welches Kurhaus für Ihre spezifische gesundheitliche und familiäre Situation geeignet ist.

Wenn Ihnen ein persönliches Gespräch nicht möglich ist, biete ich Ihnen die Beratung telefonisch oder auf dem Postweg an.

Bitte beachten Sie: Die Ärztlichen Atteste müssen so ausführlich wie möglich ausgefüllt sein. Hierbei bin ich Ihnen mit fachlicher und sozialer Kompetenz gern behilflich.

Auch im Falle einer Ablehnung Ihres Antrages können Sie auf mich zählen. Ich unterstütze Sie, wenn Sie Ihren Widerspruch an die Kasse formulieren.

Alle Informationen zu Ihrer Kur, zu den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme Ihrer Krankenkasse und zur Ausstattung und den Therapieangeboten der Mutter-Kind-Einrichtung „Schloss Neuhaus“ erhalten Sie von mir.

Sie erreichen mich:

Mo. – Do. von 8.00 bis 16.00 Uhr
Fr. von 8.00 bis 14.00 Uhr

Silvia Gröbel
DRK – Landesverband Thüringen e. V.
Heinrich-Heine-Str. 3
99096 Erfurt

Tel.: 0361 – 3440 240
Fax: 0361 - 3440 111
E-Mail: silvia.groebel@lv-thueringen.drk.de

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 Vorsorge
für Mütter / Väter* nach § 24 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

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Berufliche Situation:

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

II. Klinische Anamnese

Beschwerden der Versicherten (seit wann?) und Verlauf

III. Vorsorgerelevante und weitere Diagnosen

_____	nach ICD 10
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen

B. Für die Bewältigung des Alltags relevante Schwierigkeiten in folgenden Bereichen

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

C. Vorsorgerelevante 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 Aktivitäten usw.)

VI. Vorsorgefähigkeit

- | | |
|--|--|
| <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. Vorsorgeziele
A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf alltagsrelevante Schwierigkeiten (siehe IV B), Gesundheitsstörungen (siehe IV A) und negative Kontextfaktoren (siehe IV C)

B. Zielvereinbarung mit der Patientin

VIII. Vorsorgeprognose

Es besteht eine positive Vorsorgeprognose hinsichtlich der

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

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Vorsorgeeinrichtung (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

Stempel Arzt / Ärztin

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.

MGW-Beratungsstelle

Stempel Beratungsstelle



Ärztliches Attest (Kind) zum Antrag für eine stationäre Mutter-Kind-Kur in einer vom Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung

Kopien dieses Attestes gehen an die Kureinrichtung, die Beratungs- und Vermittlungsstelle für Müttergenesungskuren und an die Ärztin/den Arzt. **Bitte stellen Sie für jedes Kind ein gesondertes Attest aus.**

Vor- und Zuname des Kindes: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

ist seit dem _____ in meiner Behandlung. Krankenkasse: _____

familienversichert bei _____ rentenversichert

Name der Mutter: _____ geboren am: _____

ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft oder nicht erfolgversprechend/nicht durchführbar.

Das Kind bedarf einer stationären Mutter-Kind-Kur,

- weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),
- um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V),
- weil eine Trennung von der Mutter für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist (eine Begründung unter „**Psychosoziale Situation**“ ist unbedingt erforderlich).

Kurdauer 3 Wochen

Kurdauer 4 Wochen

Schwerpunktcur

Anamnese:

Medizinische Diagnose (bitte fügen Sie aktuelle Spezialbefunde bei und geben Sie ggf. Gegenindikationen an):
Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Behinderungen: nein ja, und zwar:

Anfallsleiden: nein ja

Bisherige Therapie (verordnete Medikamente, evtl. Dauermedikation):

Psychosoziale Situation (Näheres siehe Infoblatt zu Mütter- und Mutter-Kind-Kuren):

Spezielle Anforderungen an die Kureinrichtung (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Klima, Diät):

Stempel der Beratungs- und Vermittlungsstelle

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis für die Ärztin/den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 77 EBM berechnungsfähig.

Hinweis für die Beratungs- und Vermittlungsstellen für Müttergenesungskuren: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.



Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation (nach §§ 24, 41 SGB V) für Mütter/ Väter und Kind/Kinder

Name: _____ Krankenkassen-
Versicherungs-Nr.: _____

geb. am _____ Geburtsdaten Kind / Kinder:

Adresse: _____

Lebenssituation:

- verheiratet verwitwet geschieden alleinerziehend in Partnerschaft ledig
Schwangerschaft ja nein

Berufliche Situation / Tätigkeit

.....Std. in der Woche

- Mutter und Hausfrau Elternzeit arbeitslos seit.....

Ich erlebe die Berufstätigkeit eher als belastend entlastend

Bemerkungen:
.....
.....

Gesundheitliche Situation:

Gesundheitliche Beschwerden (aus meiner Sicht) in den letzten 12 Monaten (in Stichworten):

.....
.....
.....

Gesundheitliche Befindlichkeitsstörungen / Regulationsstörungen psycho-vegetativer Funktionen:

Ich leide seit	Wochen	Monaten	Jahren	an/unter
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ständiger Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>				

Welche Probleme ergeben sich aus den gesundheitlichen Beschwerden für meinen Alltag (z. B. Schwierigkeiten tägliche Aufgaben zu erledigen, anstehende Entscheidungen zu treffen, auf die Gesundheit zu achten, in der Beziehung zu den Kindern und/oder Partnern, Kontakte zu Freunden zu pflegen, Hobbys nachzugehen).....

.....
.....

Name/ Anschrift der Hausärztin / des Hausarztes:

.....

Ich nehme zurzeit folgende Medikamente (bitte auch naturheilkundliche Medikamente angeben):

.....
.....

Meine letzte Kurmaßnahme war: noch nie vor Jahren

Verlauf: positiv, weil

negativ, weil

Belastende Begleitumstände und Kontextfaktoren:

- Partner- / Ehe-Probleme
- pflegebedürftige Angehörige
- Tod eines nahen Angehörigen
- chronische Krankheit von Angehörigen
- Suchtproblematik von Familienangehörigen
- entwicklungsverzögerte/s / behinderte/s Kind/er
- finanzielle Sorgen / Schulden / Arbeitslosigkeit in der Familie
- Wohnverhältnisse
-

Persönliche Risikofaktoren, die mich belasten, sind

- ständiger Zeitdruck
- Schwierigkeiten bei Problembewältigung
- Erziehungsschwierigkeiten
- eigene Arbeitslosigkeit
- soziale Isolation
- Probleme am Arbeitsplatz
- Bewegungsmangel und Fehlhaltung
- Fehlernährung
- Unter-/Übergewicht
- RaucherIn
-

Erläuterungen:

.....

Unterstützungen die ich in Anspruch nehmen kann

- Hilfe im Haushalt
- Ambulante Dienste
- Kinderbetreuung

Bisherige Maßnahmen am Wohnort (in den letzten 12 Monaten):

Medizinische Maßnahmen:

Fachärztliche Behandlung, seit wann und warum.....

.....

- Hausärztliche Behandlung, seit wann und warum
-
- Krankenhaus, wann und warum
- Krankengymnastik: wie viel / wann:
- Massagen wie viel / wann:
- Rückenschule wie viel / wann:
- Psychotherapie seit wann:

Privat durchgeführte Maßnahmen

- Gymnastik
- sportliche Betätigung
- Sauna / Schwimmen
- naturheilkundliche Behandlung
- Selbsthilfegruppe
- Gesprächsberatung:
 - Ehe- und Paarberatung
 - Erziehungsberatung

Maßnahmen mit dem Kind / den Kindern:

- Mutter-Kind-Turnen
- Erziehungsberatung
- Kinderbetreuungsangebote
-

Gründe, warum bisher keine weiteren medizinisch angeordneten / privaten Maßnahmen durchgeführt wurden:

Mein wichtigstes Ziel während der Maßnahme ist

.....

weitere Ziele sind

.....

Meine Ziele für mein/e Kind/Kinder sind

.....

.....

Wünsche bezüglich der Einrichtung:

- kleine Einrichtung
- christlich orientiertes Haus
- Aufnahme ausschließlich von Frauen
- besondere Therapieangebote

.....

.....

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Daten allen im Rahmen des Antragsverfahrens Beteiligten sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zugänglich gemacht werden.

Datum

Unterschrift

HINWEIS für die Weiterleitung des Bogens

Senden Sie den Bogen mit den Attestunterlagen an die Krankenkasse, jedoch gesondert in einem **verschlossenen Umschlag mit dem Adressvermerk " zur Weiterleitung an den MDK; ärztliche Unterlagen- nur vom MDK zu öffnen"**

Anlage zum Selbstauskunftsbogen von Frau _____

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

Name und Adresse des Kindes: _____ geb.: _____

Name und Adresse Kinderärztin/Kinderarzt: _____

		Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
<input type="checkbox"/>	Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/>	Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/>	Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/>	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/>	Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/>	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/>	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und/oder Kindergarten erfahrung	

Zusätzliche Angaben: _____

HINWEIS für die Weiterleitung des Bogens

Senden Sie den Bogen mit den Attestunterlagen an die Krankenkasse, jedoch gesondert in einem **verschlossenen Umschlag mit dem Adressvermerk**
" zur Weiterleitung an den MDK; ärztliche Unterlagen- nur vom MDK zu öffnen"