

Elektronische Ausfüllhilfe Muster 64

Hinwestexte für die Erstellung einer elektronischen Ausfüllhilfe für die Verordnung von medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V (Muster 64)

64 Teil A

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

1 A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

--

1 B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

2 A. Kurze Angaben zur Anamnese

--

3 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)

--

4 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 Problem bewältigung (Alltagsprobleme)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie

andere Kontextfaktoren: ggf. nähere Erläuterungen

--

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 64 Aa (10.2018)

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

Geben Sie in den Abschnitten A und B die relevanten Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) und die relevanten Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung an. Die Diagnosen sind nach ICD-10-GM zu verschlüsseln.

Elektronische Ausfüllhilfe Muster 64

2. Kurze Angaben zur Anamnese

Geben Sie hier die Anamnese und ggf. den bisherigen Verlauf der Krankenbehandlung einschließlich der Beschwerden an.

3. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I.B. genannten Erkrankungen

Geben Sie hier die Schwierigkeiten an, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (z. B. mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten) und Teilhabe (z. B. am Familienleben, an der Arbeitswelt oder am sozialen Umfeld) darstellen.

4. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind

Geben Sie die Lebensumstände an, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind. Hierzu gehören die Kompetenzen des Patienten, aber auch externe Faktoren (z. B. soziales Umfeld). Die Angabe zusätzlicher Faktoren sowie Erläuterungen sind im Freitextfeld möglich.

Elektronische Ausfüllhilfe Muster 64

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	64 Teil B
III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen			
5 A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend			
B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
IV. Vorsorgeziele			
Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
V. Zuweisungsempfehlungen			
7 A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als			
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung <input type="checkbox"/> Väter-Leistung <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Leistung <input type="checkbox"/> Vater-Kind-Leistung			
8 B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen			
Name des Kindes		Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*
1. _____		T T N M J J	<input type="checkbox"/>
2. _____		T T N M J J	<input type="checkbox"/>
3. _____		T T N M J J	<input type="checkbox"/>
<small>* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)</small>			
VI. Sonstige Angaben			
9 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)			
<input type="checkbox"/> ja, folgende _____			
10 B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig			
<input type="checkbox"/> ja, Erläuterung _____			
11 C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
12 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 <small>Muster 64 Ba (10.2018)</small>
<input type="checkbox"/> Ausfertigung für die Krankenkasse			

5. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

Geben Sie in den Abschnitten A und B die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung an und bestätigen Sie, dass die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichend bzw. zielführend sind.

6. Vorsorgeziele

Geben Sie die Vorsorgeziele möglichst in Bezug auf den genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen bzw. Kontext- und Risikofaktoren an (z. B. Erlernen von Bewältigungsstrategien).

7. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V

Geben Sie hier die Ihrer Einschätzung nach geeignete Leistungsform an (z. B. Mütter-Leistung, Mutter-Kind-Leistung, Väter-Leistung, Vater-Kind-Leistung).

Elektronische Ausfüllhilfe Muster 64

8. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Geben Sie hier bei einer Mutter-Kind-Leistung oder Vater-Kind-Leistung Name und Geburtsdatum des Kindes an. Darüber hinaus ist anzukreuzen, aus welchem Grund eine Aufnahme erfolgen soll.

9. Anforderungen an die Einrichtung

Geben Sie hier an, welche Anforderungen an die Vorsorgeeinrichtung gestellt werden (z. B. Klima, Barrierefreiheit, spezialisierte Therapieangebote, besondere Kostformen).

10. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

Im Regelfall ist eine medizinische Vorsorge alle vier Jahre möglich. Ausnahmen sind bei Vorliegen einer neuen Indikation oder einer Verschlimmerung der gleichen Indikation möglich und müssen begründet werden.

11. Sonstiges

Hier können Sie weitere Hinweise geben, z.B. zur Reisefähigkeit oder zum Vorliegen einer Schwangerschaft.

12. Rückruf erbeten unter

Wenn Sie einen telefonischen Rückruf der Krankenkasse wünschen, geben Sie dies hier an.

Mehr Informationen

Themenseite Vorsorge/Kur: <http://www.kbv.de/320215>

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 5 MB):
<http://www.kbv.de/873744>