

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

**III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen****A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie**


---



---



---



Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

**B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)**


---



---



---

**IV. Vorsorgeziele**

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

---



---



---

**V. Zuweisungsempfehlungen****A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als** Mütter-Leistung Vater-Leistung Mutter-Kind-Leistung Vater-Kind-Leistung**B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen**

Name des Kindes

Geburtsdatum

s. Attest Kind  
insbes. bei  
Behandlungs-  
notwendigkeit\*Belastete  
Mutter-/  
Vater-Kind-  
BeziehungPsychosoziale  
Gründe/  
Betreuung  
notwendig

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\* Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

**VI. Sonstige Angaben****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)** ja, folgende \_\_\_\_\_**B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig** ja, Erläuterung \_\_\_\_\_**C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)**


---



---

**D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer**


---



---

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung  
ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF.NR.  
Muster 64 Ba/E (10.2018)