



Formulare zum Antrag auf eine stationäre Vorsorgemaßnahme nach § 23 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für das freundliche Gespräch und für Ihr Interesse an einer stationären
Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme nach § 23 SGB V.
Bei der Antragstellung werden wir Sie gern unterstützen.

Als Anlage erhalten Sie die erforderlichen Formulare.

- Bitte unterschreiben Sie die **Vollmacht**.
Die **Information zum Datenschutz** bleibt bei Ihnen.
- Bitte füllen Sie die **Persönlichen Angaben Kurteilnehmer/in** aus.
- Bitte schildern Sie Ihre **persönliche Lebenssituation** auf beiliegendem Formular.
- Bitte lassen Sie sich von Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt das Formular 64
ausstellen (siehe wichtige Informationen für die Ärztin/den Arzt)
Ein Kinderattest wird nur für Patientenkinder benötigt!
Für gesunde Begleitkinder ist kein Attest erforderlich!

Anschließend senden Sie bitte die kompletten Unterlagen zu uns zurück!

Unser Tipp: Kopieren Sie sich alle Dokumente. Unterschrift nicht vergessen!

Sollte die Kur von Ihrer Krankenkasse abgelehnt werden, sind wir Ihnen beim Widerspruch
beihilflich.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Wir sind für Sie da: Mo – Do 9:00 – 12:00 Uhr und 13:00 – 16:00 Uhr, Fr geschlossen

Mit freundlichen Grüßen

Ihre AWO Kurberatung Hagen

Vollmacht

Hiermit erteile(n) ich/wir der Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Hagen-Märkischer Kreis / Kurberatung, vertreten durch Frau Klein, bis auf Widerruf Vollmacht zur Wahrnehmung meiner/unsere Interessen im Rahmen der Kurberatung und Kurvermittlung.

Die Vollmacht erstreckt sich auch darauf, für mich/uns im Rahmen der Kurberatung und Kurvermittlung Verhandlungen zu führen, Erklärungen abzugeben oder Vereinbarungen zu treffen.

Hierzu entbinde(n) ich/wir

meine/unsere Krankenkasse/-versicherung: _____

behandelnde/n Ärztin/Arzt: _____

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

oder dessen beauftragte Servicestellen: _____

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der Kurberatung der Arbeiterwohlfahrt.

Ich kann diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung, dass die Beratungsstelle die über mich erhobenen Daten zum Zweck der Kurberatung und Vermittlung verarbeiten darf.

Nähere Informationen zur Datenverarbeitung sind in der „Erklärung zum Datenschutz gemäß Artikel 13 EU-Datenschutzgrundverordnung“ enthalten.

Meine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung erfolgt freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass sämtliche im Rahmen der Kurberatung und Vermittlung erhobenen personenbezogenen Daten mit der Beendigung der Kurberatung gelöscht werden, es sei denn, wir sind rechtlich zur weiteren Verarbeitung ihrer Daten berechtigt oder verpflichtet. Buchungsrelevante Daten werden zehn Jahre nach Ende der Kurberatung gelöscht.

Hagen, den _____

.....

(Unterschrift)

Erklärung zum Datenschutz gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU DSGVO)

Die für die Verarbeitung verantwortliche Stelle im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung ist:

Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Hagen-Märkischer Kreis
Böhmerstraße 11
58095 Hagen
Telefon: 02331 381-10
E-Mail: info@awo-ha-mk.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie ebenfalls unter der genannten Adresse.

1. Datenverarbeitung

- a. Wir verwenden die von Ihnen erhobenen Daten um Sie im Rahmen der Kurberatung und Kurvermittlung zu betreuen.
- b. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist die Einwilligung über Kurberatung und Kurvermittlung nach Artikel 6 Abs. 1 lit. b) EU DSGVO und gegebenenfalls Ihre ausdrückliche Einwilligung gemäß Artikel 9 Abs. 2 lit. b) EU DSGVO.
- c. Die Bereitstellung der Daten ist für die Kurberatung und Kurvermittlung erforderlich. Bei Nichtbereitstellung können wir Sie nicht beraten.
- d. Im Rahmen der Kurberatung und Kurvermittlung werden Ihre Daten, falls erforderlich, mit folgenden Stellen ausgetauscht.
 - Krankenkasse/ -versicherung
 - Beihilfestellen
 - Servicestellen
 - Ärztin / Arzt
 - Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- e. Sämtliche erhobenen personenbezogenen Daten werden mit Beendigung der Kurberatung gelöscht. Es sei denn, wir sind rechtlich zur weiteren Verarbeitung ihrer Daten verpflichtet. Buchungsrelevante Daten werden zehn Jahre nach Ende der Kurberatung gelöscht.

2. Allgemeine Angaben und Rechte der betroffenen Personen

- a. Sie haben das Recht, bei uns Auskunft hinsichtlich der über Sie gespeicherten Daten zu verlangen.
- b. Sollten Ihre personenbezogenen Daten unrichtig oder unvollständig sein, haben Sie ein Recht auf Berichtigung und Ergänzung.
- c. Bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen können Sie eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen oder der Verarbeitung gänzlich Widersprechen.
- d. Sie können jederzeit die Löschung Ihrer Daten verlangen, sofern wir nicht rechtlich zur weiteren Verarbeitung Ihrer Daten verpflichtet sind.
- e. Sie haben ein Recht auf Übertragung der von Ihnen bereitgestellten Daten, sofern dadurch nicht die Rechte und Freiheiten anderer Personen beeinträchtigt werden.
- f. Sollten Sie der Ansicht sein, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen geltendes Recht verstößt, so haben Sie die Möglichkeit, bei einer zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

Persönliche Angaben KurteilnehmerIn

Name, Vorname (Mutter/Vater) _____ geb. am _____

Name, Vorname (Kinder) _____ geb. am _____

Anschrift _____
(Straße und Wohnort)

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

Krankenkasse (Mutter/Vater) _____

Telefon _____ Fax-Nr. _____

selbst versichert

über Ehepartner versichert _____
(Ggfs. Name, Vorname, Geburtsdatum Ehepartner)

Krankenkasse (Kinder) _____

Telefon _____ Fax-Nr. _____

Wünsche bezüglich der Kureinrichtung _____

Nordsee

Ostsee

Berge

Sonstiges

Wünsche bezüglich des Kurtermins _____

Osterferien

Sommerferien

Herbstferien

außerhalb der Ferien

Persönliche Lebenssituation

KurteilnehmerIn

Name: _____

Vorname: _____

Bitte kurze Schilderung Ihrer persönlichen Situation:

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

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

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

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

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

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)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische 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"/> Erziehungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | | <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"/> 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"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

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
 Väter-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 Behandlungsnotwendigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ärztliches Attest Kind

zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation
für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

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

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wichtige Informationen für die Ärztin/ den Arzt

Neue bundesweit einheitliche Verordnungsformulare für Mütter-/ Mutter-Kind-/ Vater-Kind-/ Vater-Kind-Vorsorgemaßnahmen und teilnehmende Kinder

Ab dem 1. Oktober 2018 gibt es ein bundesweit einheitliches Verordnungsformular für **med. Vorsorgemaßnahmen nach § 24 SGB V** für Mütter/ Mutter-Kind und Väter/ Vater-Kind (Muster 64). Alle Kinder, die an der Mutter-Kind-Kurmaßnahme oder Vater-Kind-Kurmaßnahme teilnehmen, sind auch auf dem Vorsorge-Verordnungsformular der Mutter/ des Vaters mit aufzuführen.

Für die teilnehmenden Kinder mit Gesundheitsproblemen gibt es das neue „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65). Dieses ist beizufügen bei Gesundheitsstörungen (z. B. psychische Auffälligkeiten), Erkrankungen ebenso wie z. B. bei Behinderungen und/oder Entwicklungsverzögerungen.

Die neuen Verordnungsformulare sind in den Praxisverwaltungssystemen der Vertragsärzte hinterlegt oder können per Blankoformularbedruck ausgestellt werden.

Weitergehende Informationen finden Sie auch bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/html/34806.php#content36067> und beim Müttergenesungswerk: <https://www.muettergenesungswerk.de/aerztinnen-/-praxen.html>

Für die **med. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 41 SGB V** verwenden Sie bitte weiterhin das Verordnungsformular, Muster 61 Teil B-D und wählen Sie auf Teil D unter Zuweisungsempfehlungen die Rehabilitationsform aus. Wenn Sie eine Rehabilitationsmaßnahme für Mutter-Kind/ Vater-Kind verordnen, stellen Sie in jedem Fall das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) aus – unabhängig ob das Kind ein Gesundheitsproblem hat oder nicht. Auf dem Verordnungsformular 61 ist keine Möglichkeit vorgesehen, mitaufzunehmende Kinder anzugeben.

So hilft das Müttergenesungswerk (MGW)

Das besondere Angebot des Müttergenesungswerks liegt in der integrierten Versorgung. Es hält ein Gesundheitsnetzwerk, die „Therapeutische Kette“ bereit, in der vorbereitende Beratung, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in den vom MGW anerkannten Kliniken und Nachsorgeangebote vor Ort eng miteinander verzahnt sind. Die rund 1.200 Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände im MGW beraten Mütter und Väter in allen Fragen der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und unterstützen auch Ihre PatientIn bei Antragsstellung, der Wahl der geeigneten Klinik und bei der Nachsorge am Wohnort. Das Müttergenesungswerk ist eine Spendenorganisation und bei Bedarf und Verfügbarkeit können Beratungsstellen bedürftigen Müttern/ Vätern mit Spenden helfen. Sollten Sie Fragen haben, unterstützen die Beratungsstellen Sie gern.

Es ist sehr wichtig, dass sich Ihre PatientIn für die Beantragung der Kurmaßnahme, mit dem/n von Ihnen ausgestelltem/n Verordnungsformular/en, (wieder) an die Beratungsstelle wendet.

Stempel Beratungsstelle