

Bitte den Antrag im Original senden an:

Kur und Reha GmbH
Beratungsteam
Eggstraße 8

79117 Freiburg

Antragsformulare für eine stationäre Mutter/Vater-Kind-Maßnahme für gesetzlich versicherte Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an einer Mutter/Vater-Kind-Maßnahme in einer unserer Einrichtungen der Kur + Reha GmbH des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Machen Sie jetzt einen wichtigen Schritt in Richtung Gesundheit!

Um **Ihnen die Antragstellung so einfach wie möglich zu gestalten** unterstützen wir Sie gerne, indem wir die ausgefüllten Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse einreichen. Dazu benötigen wir folgende Formulare:

- Einverständniserklärung
- Anmeldeformular
- Selbstauskunft
- ärztliche Atteste für Mutter/Vater und Kind

Erst nach Vorlage aller Unterlagen können wir für Sie den Antrag bei Ihrer Krankenkasse stellen. Die Bearbeitungsdauer bei Ihrer Krankenkasse beträgt in der Regel 3-6 Wochen.

Folgende Informationen sind wichtig für die Antragstellung, als auch für Ihren Aufenthalt:

- Allgemeine Informationen
- Checkliste
- Information für den Arzt/die Ärztin
- Beiblatt zur Aufnahme von Kindern (auch für gesunde Begleitkinder benötigt die Krankenkasse zur Antragstellung ein ausgefülltes Attest)

Erst nach Vorlage aller Unterlagen können wir für Sie den Antrag bei Ihrer Krankenkasse stellen. Die Bearbeitungsdauer bei Ihrer Krankenkasse beträgt in der Regel 3-6 Wochen.

**Sie dürfen sich gerne vor dem Ausfüllen der Unterlagen telefonisch an unser Beratungsteam wenden, damit wir Sie bezüglich der Voraussetzungen und der Antragsstellung beraten können.
Wir geben Ihnen wichtige Hinweise und können mit Ihnen die geeignete Klinik besprechen.**

Sie erreichen uns von Montag – Freitag ab 08:00 – 19:00 Uhr unter der

kostenfreien Servicenummer	0800 - 2 23 23 73
oder der kostenfreien Fax Servicenummer:	0800 - 22 32 37 5
Festnetznummer:	0761 - 4 53 90 50
Oder per Email an die:	info@kur.org

Mit freundlichen Grüßen
Kur + Reha GmbH
Ihr Beratungsteam

P.S.: Alle Informationen, die wir von Ihnen erhalten, unterliegen dem Datenschutz und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Was ist eine Mutter-/ Vater-Kind Maßnahme?

Es gibt zwei Arten: Eine Vorsorgemaßnahme beugt einer Erkrankung vor.

Eine Rehabilitationsmaßnahme hilft eine Erkrankung zu mildern und/ oder deren Verschlimmerung abzuwenden.

Wer kann bei Kur + Reha eine Mutter-/ Vater-Kind Maßnahme beantragen?

- Jedes Elternteil mit mindestens einem Kind (auch Pflegekinder, Adoptivkinder)
Alter der Kinder: Bei Beantragung der Maßnahme unter 12 Jahre, im Einzelfall bis 14 Jahre
- Großeltern mit Erziehungsberechtigung

Welche Indikationen sollten für eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme vorliegen?

- Erschöpfungszustände, mehrere psychosomatische Erkrankungen resultierend aus dem Familienkontext
- körperliche und seelische Störungen
- psychische und somatische Störungen im frühen Befundstadium.
(Weitere Informationen auf dem Beiblatt für die Ärztinnen / Ärzte oder unter www.kur.org)

Wie beantrage ich eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme?

Sie schicken uns die ausgefüllten Formulare zu. Das Beratungsteam der Kur + Reha GmbH stellt den Antrag bei Ihrer Krankenkasse.

Welche Kosten entstehen?

Der Eigenanteil beträgt 10,- Euro pro Tag / pro Mutter/Vater

Ausnahme: Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung durch die Krankenkassen.

Und die Fahrt-und Gepäckkosten?

Die Fahrtkosten (Bahnfahrt 2. Klasse) werden von der Krankenkasse übernommen.

Ihre Zuzahlung bei einer Vorsorge Maßnahme beträgt zwischen 5 € und 10 € pro Person (Erwachsene und Kinder).

Bei Fahrten zu einer Rehabilitations-Maßnahme entstehen keine Kosten.

Ihr Gepäck können Sie im Vorfeld per Hermes/DHL versenden. Die Kosten liegen bei Ihnen.

Und Arbeitslose oder Sozialhilfeempfänger?

Mütter/Väter, die über das Sozialamt oder das Arbeitsamt versichert sind, beantragen Ihre Maßnahme ebenfalls über die Krankenkasse.

Bei Privatversicherten?

- Ihre Versicherung gibt Ihnen Auskunft zur Übernahme von rehabilitativen Leistungen.
- Sie sind Beihilfeberechtigt, dann übernimmt die Beihilfe einen Anteil der Kosten.
- sollte keine externe Kostenübernahme möglich sein, können Sie die Maßnahme auch selbst bezahlen. Bitte entnehmen Sie weitere Informationen dem separaten Anschreiben für Privatversicherte. (Die hier beigefügten Unterlagen sind nur für gesetzlich Versicherte vorgesehen).

Wie oft kann ich eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme beantragen?

Alle 4 Jahre.

In Ausnahmefällen kann eine Vorsorge-oder Rehabilitationsleistung vor Ablauf der 4 Jahre beantragt werden. In diesem Fall benötigen Sie die entsprechende Bescheinigung Ihres Arztes.

Was ist im Falle einer Berufstätigkeit?

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für die Dauer der Maßnahme steht Ihnen die Lohnfortzahlung Ihres Arbeitgebers zu.

Was ist mit schulpflichtigen Kindern?

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen finden das ganze Jahr statt. Kinder erhalten in unseren Kliniken in der Regel Hausaufgabenbetreuung (außerhalb der Ferienzeiten). Die Kliniken Feldberg und Waldfrieden bieten einen Schulbesuch im Ort an (weitere Informationen hierzu finden Sie auf dem Beiblatt zur Aufnahme von Kindern).

Wie lange dauert die Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme?

In der Regel 3 Wochen (Anreise immer mittwochs). Der behandelnde Arzt entscheidet vor Ort über eine eventuelle Verlängerung bei medizinischer Notwendigkeit.

Allgemeine Geschäftsbedingungen

der

Kur + Reha GmbH, Freiburg und

Kur + Reha Klinik GmbH, Freiburg

als Träger folgender Einrichtungen:

Rehaklinik Borkum in Borkum, Rehaklinik Waldfrieden in Buckow, Rehaklinik Schwabenland in Dürmentingen, Rehaklinik Feldberg in Altglashütten, Rehaklinik Saarwald in Nohfelden, Rehaklinik Selenter See in Selent, Rehaklinik Zorge in Zorge.

Stand: 20/12/2017

1 Geltungsbereich

Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Kur + Reha GmbH und der Kur + Reha Klinik GmbH als Träger der Einrichtungen und den Patientinnen/Patienten (nachfolgend nur „Patientin“) und dessen etwaige Begleit- oder Assistenzpflegperson bei stationären Mutter/Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

2 Vertrag

Die Rechtsbeziehung zwischen dem Einrichtungsträger und der Patientin sind privatrechtlicher Natur.

Die AGB sind Vertragsbestandteil und werden für die Patientin wirksam, wenn diese ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnte sowie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt hat.

Der Vertrag wird durch die Patientin auch für alle im Vertrag aufgeführten Personengeschlossen, für deren Vertragsverpflichtungen die Patientin wie für ihre eigenen Verpflichtungen einsteht.

3 Entgelt

Besteht eine Vergütungsvereinbarung des Kostenträgers der Patientin mit dem Einrichtungsträger, rechnet der Einrichtungsträger direkt gegenüber dem Kostenträger ab.

Soweit ein pauschalierter Tagessatz vereinbart ist, sind alle für den Aufenthalt notwendigen Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Kinderbetreuung sowie alle medizinischen und therapeutischen Leistungen abgegolten. Der jeweilige Tagessatz gilt gleichermaßen für Patienten und Begleitpersonen. Soweit eine Vergütung nach Fallpauschalen vereinbart ist, treten diese an die Stelle des pauschalierten Tagessatzes.

Ist die Entgeltberechnung nicht durch vertragliche Vereinbarungen mit einem Kostenträger geregelt, kann der Einrichtungsträger mit Vertragsabschluss die Entgeltberechnung (z.B. pauschalierter Tagessatz) verbindlich erklären.

4 Zahlungsbedingungen

Der Einrichtungsträger verlangt von der Patientin eine Vorauszahlung in Höhe des voraussichtlich insgesamt zu zahlenden Entgeltes bis spätestens 15 Arbeitstage vor Beginn der Maßnahme.

Um eingehende Beträge ordnungsgemäß und rechtzeitig buchen zu können, sind bei Überweisungen die in der Rechnung erbetenen Angaben zu machen. Zahlungen ohne diese Angaben gelten nicht als Erfüllung.

4.1 Gesetzlich Krankenversicherte

Für Personen, die gesetzlich krankenversichert sind, entfällt eine Vorauszahlung, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zahlung des Entgeltes für eine oder mehrere Personen schriftlich erklärt hat und die entsprechende schriftliche Erklärung der Krankenkasse dem Einrichtungsträger vorliegt.

Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der Maßnahme mit den von den Krankenkassen genannten Abrechnungsstellen.

Eine gesetzlich geregelte Zuzahlung des Versicherten wird für jeden Tag der Maßnahme am Tag der Anreise in der Klinik fällig. Der Anreisetag und der Abreisetag werden hierbei jeweils als ganze Tage berechnet. Die Zuzahlung kann am Anreisetag bar oder mit einer Bankkarte (ec, v-pay, keine Kreditarte) bezahlt werden. Der Einrichtungsträger verrechnet die Zuzahlung in seiner Rechnungslegung nach Ende der Maßnahme mit der Krankenkasse.

Die Zuzahlung entfällt, wenn die Patientin von der Zuzahlung befreit ist. Für diesen Fall legt die Patientin eine schriftliche Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse spätestens 10 Tage vor Anreise vor.

4.2 Privat Versicherte und Sonstige Kostenträger

Übernimmt ein sonstiger Kostenträger oder Versicherer Entgelte teilweise oder ganz für eine oder mehrere Personen und liegt bei Vertragsschluss eine schriftliche Übernahmeerklärung vor, kann durch gesonderte Vereinbarung die Vorauszahlung gemindert werden oder gänzlich entfallen.

5 Umbuchung, Rücktritt, Nichtantritt, Kündigung, vorzeitige Abreise

5.1 Umbuchung, Rücktritt/Nichtantritt durch die Patientin

5.1.1. Soweit organisatorisch möglich, kann eine Umbuchung der Maßnahme zu einem anderen Termin als ursprünglich vereinbart vorgenommen werden.

5.1.2. Ein Rücktritt der Patientin ist vor Leistungsbeginn jederzeit möglich und ist in Textform gegenüber der Einrichtung zu erklären

Tritt die Patientin vom Vertrag zurück oder tritt sie den Aufenthalt nicht an, so kann der Einrichtungsträger Ersatz für die getroffenen Vorkehrungen bzw. Aufwendungen verlangen.

Der Ersatzanspruch ist unter Berücksichtigung der gewöhnlich ersparten Aufwendungen und möglichen anderweitigen Verwendungen pauschaliert. Beim Rücktritt ist maßgeblich der Zugang der Rücktrittserklärung. Die Höhe des pauschalen Ersatzanspruches staffelt sich in diesem Fall wie folgt:

- bis zum 60. Tag vor Anreise 10%
- bis zum 50. Tag vor Anreise 30%
- bis zum 40. Tag vor Anreise 50%
- bis zum 30. Tag vor Anreise 70%
- danach 80%

des festgelegten Entgeltes für die Gesamtdauer der Maßnahme. Beim Nichtantreten des Aufenthaltes beträgt der pauschale Ersatzanspruch 80%.

Es bleibt der Patientin unbenommen, den Nachweis zu führen, dass im Zusammenhang mit dem Rücktritt oder dem Nichtantritt des Aufenthaltes keine oder geringere Kosten entstanden sind. Von der Erhebung des Ersatzes kann in Einzelfällen Abstand genommen werden, wenn nachweislich gesundheitliche Gründe einem Antritt entgegenstehen.

5.2 Kündigung durch den Einrichtungsträger

Der Einrichtungsträger kann nach Beginn der Maßnahme fristlos aus wichtigem Grund gem. § 626 BGB kündigen, insbesondere, wenn die Patientin oder die in ihrem Vertrag aufgeführten Personen durch ihr Verhalten andere gefährden oder sich sonst vertragswidrig verhalten (z.B. Verstoß gegen die Hausordnung). In diesem Falle ist die Einbehaltung der gesamten Vergütung der Maßnahme unter Abzug der ersparten Aufwendungen sowie derjenigen Vorteile, die der Einrichtungsträger aus einer anderweitigen Verwendung der nicht in Anspruch genommenen Leistungen erlangt, gerechtfertigt.

5.3. Rücktritt durch den Einrichtungsträger (Zahlungsverzug)

Werden fällige Zahlungen nicht oder nicht vollständig geleistet, so kann der Einrichtungsträger nach einmaliger Mahnung mit einer Frist von 5 Arbeitstagen vom Vertrag zurücktreten. Vorher gemachte Zusagen verfallen. Dies betrifft besonders das Freihalten von Kapazitäten, die für die Maßnahme erforderlich sind (in der Regel verfügbare Unterkünfte). Bezüglich der Zahlung der gesetzlichen Zuzahlung gilt Pkt. 4.1.

5.4. Vorzeitige Abreise (Kündigung), Schadenersatz

5.4.1. Tritt die Patientin, ohne medizinisch nachgewiesene Notwendigkeit, die Abreise vor Beendigung der Maßnahme an, so kann der Einrichtungsträger Ersatz für den erlittenen Schaden verlangen. Der Ersatzanspruch ist unter Berücksichtigung der gewöhnlich ersparten Aufwendungen und möglichen anderweitigen Verwendungen pauschaliert und beträgt 80 % des Tagesatzes für jeden vorzeitig abgereisten Tag.. Es bleibt der Patientin unbenommen, den Nachweis zu führen, dass kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

5.4.2. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund gem. § 626 BGB bleibt hiervon unberührt.

6. Haftung

Für den Verlust von Geld, Wertpapieren, Kostbarkeiten oder anderen Wertsachen oder die Beschädigung von Fahrzeugen, Kleidung oder anderen Gegenständen, die auf dem Gelände offen abgestellt sind, haftet der Einrichtungsträger nur, sofern der Schaden aufgrund grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Verhaltens des Einrichtungsträgers oder seiner Mitarbeiter entstanden ist.

Erklärung über die Beteiligung des Beratungsteams der Kur + Reha GmbH, Beratungsstelle im Müttergenesungswerk

Ich, (Name)

..... (Anschrift)

erkläre hiermit gegenüber der (Krankenkasse):

Hiermit beantrage ich mit den beiliegenden Formularen eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme.

Bei der Antragstellung möchte ich die Unterstützung des Beratungsteams der Kur + Reha GmbH, eine vom Müttergenesungswerk anerkannte Beratungsstelle, in Anspruch nehmen. Ich bin damit einverstanden und wünsche, dass die Korrespondenz in dieser Angelegenheit über die Beratungsstelle der Kur + Reha GmbH geführt wird:

Beratungsteam Kur + Reha GmbH
Eggstraße 8
79117 Freiburg
Email: info@kur.org
Tel.: 0800 223 23 73 (Mo-Fr 8-19 Uhr)

Vorsorglich entbinde ich auch die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst, sowie alle mich in diesem Zusammenhang untersuchenden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Beratungsstelle.

Ich bin mit der Bearbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten und der meines/r Kindes/r einverstanden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Daten zur Vorbereitung und Durchführung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation innerhalb der Klinik, sowie zur Abrechnung notwendiger Leistungen benötigt werden.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass alle von mir zur Verfügung gestellten Informationen an die zuständigen und somit beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Kur + Reha GmbH und der Kur + Reha Klinik GmbH habe ich erhalten und erkenne diese an.

Unterschrift

Ort, Datum

Dieser Erklärung kann ich jederzeit schriftlich widersprechen.

Bitte nicht ausfüllen:

Klinik: _____
 Anreise: _____
 Abreise: _____

Anmeldung zu einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme

Die Angaben zu Ihrer Versichertennummer sowie zu Ihrer Versicherung finden Sie auf der Vorderseite Ihrer Versichertenkarte.

Personalien Erwachsener		Versicherungsstatus	
		Pflichtangaben – sonst keine Antragsstellung möglich	
Name:		<input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert	
Vorname:		Name Krankenkasse:	
Straße:		Versicherung: (9stellige Zahl)	
PLZ:		Versicherten- nummer:	
Ort:		Anschrift Ihrer Krankenkasse:	
Geb.-Datum:		Straße:	
Telefon:		PLZ:	Ort:
Handy:			
E-Mail:		Telefon:	
berufstätig als:			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> verw.		

Sollten die Kinder bei einer anderen Krankenkasse als bei der des Hauptteilnehmers versichert sein, so müssen die Personalien des Hauptversicherten der Kinder hier angegeben werden.

Versicherungsstatus: (bitte nur angeben, wenn die Krankenkasse der Kinder sich von der des Antragstellers unterscheidet)			
Vorname und Name des erwachsenen Versicherten:			
Name der Krankenkasse:			
Versicherungsnr. (9stellig):			
Versichertennummer:			
Straße (Versicherung):			
PLZ:		Ort:	Telefon:

Kind 1: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1)	Kind 2: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1)
Kind 3: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1)	Kind 4: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1)

Wen können wir im Krankheitsfall (während der Maßnahme) benachrichtigen?

Name: _____ **Vorname:** _____
Tel: _____ **E-Mail:** _____

Wurden in den letzten 4 Jahren bereits Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

nein ja (Bei „ja“ muss die vorzeitige Maßnahme auf dem Attest der Mutter/ des Vaters medizinisch begründet werden).

Art der letzten Maßnahme (Vorsorge/Rehabilitation): _____
Abreisedatum: _____

Haben Sie besondere Wünsche an die Einrichtung? Haben Sie einen Wunschtermin?

Hier haben Sie die Möglichkeit Ihre gewünschte Einrichtung anzugeben!

Wahl	Klinik	Ort	Lage	Schwerpunkt
<input type="checkbox"/>	Borkum	Borkum	Nordsee	Grund: _____
<input type="checkbox"/>	Waldfrieden	Buckow	Märkische Schweiz	Grund: _____
<input type="checkbox"/>	Schwabenland	Dürmentingen	Schwäbische Alb	Grund: _____
<input type="checkbox"/>	Feldberg	Feldberg	Schwarzwald	Grund: _____
<input type="checkbox"/>	Saarwald	Nohfelden	Saarland	Grund: _____
<input type="checkbox"/>	Zorge	Zorge	Harz	Grund: _____
<input type="checkbox"/>	Selenter See	Selent	Ostsee	Grund: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung der Kur (Vorbereitung mit Finanzierung, Information an Arzt usw.) erforderlich.

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

Name, Vorname		<i>Gesamtzahl der Kinder</i>	
Geburtsdatum		<i>davon im Haushalt lebend</i>	
Straße		<i>Geburtsdaten der Kinder:</i>	
PLZ Ort			
<i>Krankenversicherungs-Nummer:</i>			

Meine letzte Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme war noch nie
 vor Jahren, Art der Maßnahme

1. Lebenssituation:

- ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet
 in Partnerschaft lebend alleinerziehend **Schwangerschaft** ja nein

Berufliche Situation:

- Berufstätig als mit Std. in der Woche
 Mutter und Hausfrau Elternzeit bis arbeitslos seit

2. Gesundheitliche Situation:

Gesundheitsstörungen: Ich leide an / unter	seit			Bitte erläutern Sie die Auswirkungen der angekreuzten Gesundheitsstörungen in Ihrem Alltag – (Pflichtangabe)
	Wochen	Monaten	Jahren	
<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"/> starker Erschöpfung	<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"/> Magen-Darm-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstigen Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstige **gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen** in den letzten 12 Monaten
(welche, wie oft, wie stark – unabhängig davon, ob ärztlich behandelt oder nicht)

--

3. Welche Probleme ergeben sich im Alltag

(Erläuterungen zu den angekreuzten Problemen bitte auf Beiblatt – Pflichtangabe)

<i>Ich fühle mich in der Lage</i>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
meine alltägliche Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend auf meine Gesundheit zu achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienmitgliedern zu helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu</i>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Kind(ern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern und Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ich fühle mich belastet durch</i>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanzielle Sorgen / Schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trifft zu	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe / Entspannung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter anerkannt und gewürdigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Belastende Kontextfaktoren (person- und umweltbezogen):

Erläuterungen – (Pflichtangabe)

<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige	
<input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen	
<input type="checkbox"/> chronische Krankheit von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen	
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> entwicklungsverzögerte/s / behinderte/s Kind/er	
<input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse	
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung	
<input type="checkbox"/> Fehlernährung	
<input type="checkbox"/> Unter- / Übergewicht	
<input type="checkbox"/> RaucherIn	
<input type="checkbox"/> Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum	
<input type="checkbox"/> Mangelnde Unterstützung und Anerkennung	
<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft	
<input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme	
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase	
<input type="checkbox"/> starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder	

5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort

Name und Anschrift des Hausarztes

Hausärztliche Behandlung, seit wann und warum

Fachärztliche Behandlung, seit wann und warum

Folgende Facharztberichte / andere Berichte lege ich bei

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein (*unabhängig, ob ärztlich verordnet oder nicht – auch naturheilkundliche / homöopathische Präparate*)

Ärztlich verordnete Maßnahmen

Erläuterungen – (Pflichtangabe)

Krankenhausaufenthalt

Krankengymnastik

Massagen

Rückenschule

Psychotherapie

Sonstiges

Privat / auf eigene Kosten durchgeführte Maßnahmen

Gymnastik

andere sportliche Betätigung

Sauna / Schwimmen

naturheilkundliche / homöopathische
Behandlung

Selbsthilfegruppe

Ehe- / Paarberatung

Erziehungsberatung

<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Turnen	
<input type="checkbox"/> Nutzung von Kinderbetreuungsangeboten (KiTa, Hort,...)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Gründe, warum bisher keine weiteren Maßnahmen durchgeführt werden konnten (z. B. bei großer Entfernung zu Hilfsangeboten / Therapiemöglichkeiten, schlechter Verkehrsanbindung, Probleme der Kinderbetreuung usw.)

6. Vorsorge-/ Rehabilitationsziele aus Sicht der Mutter / des Vaters

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für mich erreichen

- 1.
- 2.
- 3.

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für meine Kinder erreichen

- 1.
- 2.
- 3.

7. Wünsche bezüglich der Einrichtung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> kleine Einrichtung | <input type="checkbox"/> christlich orientiertes Haus |
| <input type="checkbox"/> Aufnahme ausschließlich von Frauen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> besondere Therapieangebote | |

Checkliste:

Bitte nehmen Sie die Checkliste mit der Information für den Arzt und der Verordnung nach § 24 mit zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt. Bitte prüfen Sie vor dem Einreichen der Unterlagen, ob folgende Formulare vollständig ausgefüllt sind:

<u>Einzelne Formulare</u>	<u>Erledigt</u>
<p><u>Einverständniserklärung:</u></p> <p>Habe ich an Datum und Unterschrift gedacht? → Nur mit ausgefüllter Einverständniserklärung dürfen wir den Antrag für Sie stellen.</p>	
<p><u>Anmeldung:</u></p> <p>Habe ich alle Daten ergänzt und meine Wünsche angegeben? Unterschrift? → Antragstellung nur mit vollständigen Angaben möglich.</p>	
<p><u>Selbstauskunft:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Habe ich alles notiert, was mich als Mutter/ Vater belastet?2. Habe ich meine Lebensumstände (Kontextfaktoren, Punkt 4) beschrieben?3. Habe ich das leere Blatt (Ergänzende Anmerkungen) genutzt, um zu verdeutlichen, warum ich die Maßnahme benötige?	
<p><u>Ärztliches Attest Mutter/ Vater</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Der Arzt wählt das notwendige Attest/ Verordnung aus: Bei Vorsorgemaßnahmen nach § 24 : beiliegende Verordnung, Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 41: das Muster 61 (aus der Arztpraxis)2. Ist die Hauptdiagnose mütter-/ väterspezifisch? (Erschöpfungszustände oder mehrere psychosomatische Erkrankungen gelten im Allgemeinen als Voraussetzung)3. Wurden ausreichend Lebensumstände (Kontextfaktoren) beschrieben, die Ihre Rolle als Mutter/ Vater erschwert? (Mindestens 2)4. Ist das Attest eindeutig auf Ihren Namen ausgestellt? (Pflichtangabe: Name und Geburtsdatum) <p>→ Wichtig: Stempel, Datum und Unterschrift des Arztes!</p>	
<p><u>Ärztliches Attest Kind</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Jedes Kind, auch gesunde Begleitkinder benötigen ein Attest. (Siehe psychosoziale Situation)2. Wurde bei den behandlungsbedürftigen Kindern ein Paragraph angekreuzt? (§§ 24 oder 41) . <u>Bitte beachten Sie, dass die Krankenkasse entscheidet, ob das Kind behandelt wird.</u>3. Ist das Attest eindeutig auf den Namen des Kindes ausgestellt? (Pflichtangabe: Name und Geburtsdatum) <p>Wichtig: Stempel, Datum und Unterschrift des Arztes!</p>	

Bitte senden Sie die Unterlagen zur Beantragung an die folgende Adresse:
Kur + Reha Beratungsstelle, Eggstraße 8, 79117 Freiburg

§ 24 SGB V Vorsorge: **beiliegender Vordruck**
§ 41 SGB V Rehabilitation: **Muster 61**

Aus den Angaben der Selbstauskunft und der ärztlichen Verordnung muss ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Gesundheitsstörungen und der Erziehungsverantwortung hervorgehen. Die Krankenkasse prüft den Bedarf einer stationären Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme unter Berücksichtigung dreier ineinandergreifender Bereiche:

Gesundheitszustand, wie z.B.:

- Erschöpfungssyndrom
- Unruhe- und Angstgefühl
- leichte bis mittlere Depressionen
- Anpassungsstörungen
- Schlafstörungen
- Somatoforme Störungen (z.B.: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Beschwerden des Magen-Darm-Traktes, Herz- und Atembeschwerden)

Mütter- bzw. väterspezifische Belastungen, wie z.B.:

- Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie oder Pflege von Angehörigen
- Erziehungsschwierigkeiten
- erhöhte Belastung, zum Beispiel über das alterstypische Maß hinausgehende Infekte der Kinder, chronisch erkrankte, verhaltensauffällige, behinderte oder frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten
- beeinträchtigte Mutter- oder Vater-Kind Beziehung
- allein erziehend, fehlende Unterstützung bei der Kindererziehung/Alltagsbewältigung

Lebensumstände (Kontextfaktoren), wie z.B.:

- Partner-/Eheprobleme, Trennung vom Partner
- Tod des Partners bzw. naher Angehöriger
- chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse

Achtung! Mögliche Ablehnungsgründe sind:

Längere Krankschreibungen, Erkrankungen, die aus der Erwerbstätigkeit resultieren, Gefährdung/Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, Abwendung von Erwerbsunfähigkeit oder Erhalt der Erwerbsfähigkeit.

In diesen Fällen ist keine Mutter- oder Vater-Kind Maßnahme nach §§24 oder 41 möglich.

Um eine Mutter- oder Vater-Kind-Rehabilitation nach §41 SGB V zu beantragen, darf seit dem 1. April 2016 nur das neue „**Muster 61**“, **Teil B-D** verwendet werden (Teil A entfällt):

- Besondere Beachtung gilt dem **Teil C**, da dort mütter-/väterspezifische Belastungen und Kontextfaktoren angegeben werden müssen.
- Das Muster 61 sollte im Original an die Beratungsstelle gesendet werden.
- Weitere Informationen zum Muster 61 unter: www.kbv.de.
- Das Muster 61 (B-D) wird über die Praxissoftware ausgefüllt (berechnungsfähig nach Nr. 01611 EBM mit 31,52€).

Krankenkasse/ Kostenträger			Verordnung von Maßnahmen für Mütter/ Väter zur medizinischen Vorsorge (§24 SGB V) (bei Gefährdung der Gesundheit)
Name, Vorname		Geb. am	
Kassen Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Bei medizinischer Rehabilitation nach §41 SGB V (Mutter-Kind Rehabilitation) <u>bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen</u>
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

I. Persönliche Angaben

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend | <input type="checkbox"/> allein erziehend | Größe: _____ |
| <input type="checkbox"/> berufstätig | <input type="checkbox"/> arbeitslos seit | Gewicht: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> Elternzeit bis | Schwanger: _____ SSW |

II. Vorsorgerelevante und weitere Diagnosen (ggf. bitte aktuelle Befundberichte beilegen)

III. A. Alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivitäten und/ oder der Teilhabe

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

B. Relevante negativ wirkende Kontextfaktoren

(z.B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen, berufliches Umfeld, Suchtproblematik von Familienangehörigen, Erziehungsschwierigkeiten, Familienmitglieder mit Behinderung, finanzielle Sorgen)

C. Risikofaktoren

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel |
| <input type="checkbox"/> Drogen-/ Medikamentenmissbrauch | | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Vom Müttergenesungswerk
anerkannte Rehakliniken der

Kur + Reha
des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes BW

IV. Maßnahmen und Verlauf der Krankenbehandlung

A. Bisherige ärztliche und sonstige Interventionen

V. Vorsorgefähigkeit

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Die Patientin/der Patient verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> Die Patientin/der Patient verfügt über eine Motivation |
| <input type="checkbox"/> Die Patientin/der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität | <input type="checkbox"/> Die Patientin/der Patient ist motivierbar |

VI. Vorsorgeziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes

B. Zielvereinbarung mit der Patientin/dem Patienten

VII. Vorsorgeprognose

Es besteht eine positive Prognose hinsichtlich der

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schädigungen | <input type="checkbox"/> Kontextfaktoren |
| <input type="checkbox"/> Aktivitäten und Teilhabe | <input type="checkbox"/> Ziele aus Sicht der Patientin/ des Patienten |

VIII. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Einrichtung

(z.B. besondere Therapieangebote, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer)

IX. Eine stationäre Maßnahme vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren ist notwendig

Begründung:

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin	Praxisstempel
---------------------------------	---------------

Aktuelle Informationen zu der Aufnahme von Kindern

Aufnahmealter:

Kinder werden in den Mutter-/Vater-Kind-Kliniken der Kur + Reha GmbH im Alter von 2 - 12 Jahren aufgenommen. Die Aufnahme von jüngeren und älteren Kindern kann auf Anfrage geprüft werden.

Betreuung:

Eine kontinuierliche Kinderbetreuung ist einer der Grundpfeiler für eine erfolgreiche Mutter-/Vater-Kind-Kur. Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind Betreuungserfahrung haben sollte, damit Ihr Aufenthalt in jeder Hinsicht ein voller Erfolg werden kann.

Während der Maßnahme entlasten wir Sie bei der Betreuung Ihrer Kinder. Die Kinder werden werktags in den Kernzeiten von ca. 8:30 Uhr - 16:00 Uhr (je nach Klinik auch erweitertes Betreuungsangebot) in altersgerechten Gruppen betreut und essen in den Kindergruppen zu Mittag. Ausnahmen machen Kinder unter 4 Jahren. Um die Kleinen langsam an den Aufenthalt zu gewöhnen, sind hier die Betreuungszeiten individuell begrenzt.

Auch außerhalb Ihrer Anwendungszeiten können Sie die Kinder zu den jeweiligen Betreuungszeiten in den Gruppen betreuen lassen.

Akute Erkrankungen der Kinder während der Kur:

An einem Ort, an dem viele Kinder aufeinander treffen, besteht erhöhte Ansteckungsgefahr. Durchfallerkrankungen und Erkältungen kommen immer wieder vor. Gerade in solchen Situationen sind Sie gefordert. Ein erkranktes Kind kann aufgrund der Ansteckungsgefahr nicht in der Kindergruppe betreut werden. Wir bitten Sie dafür um Verständnis. In einem solchen Fall werden Sie ihr Kind selbst versorgen und eventuell vorübergehend auf Anwendungen verzichten müssen.

Hausaufgabenbetreuung / Schulbesuch:

Eine Hausaufgabenbetreuung findet in der Regel von Montag bis Freitag für die Dauer einer Schulstunde statt. Aufgaben und Sachgebiete können geübt, wiederholt und gefestigt werden, es erfolgt aber keine Arbeit an neuem Stoff bzw. Einführung in neue Stoffgebiete.

In den jeweiligen Schulferien der Bundesländer, in denen die Kliniken liegen, findet keine Hausaufgabenbetreuung statt.

Die Klinik Feldberg und die Klinik Waldfrieden bieten die Möglichkeit des Schulbesuchs in Kooperation mit den Grundschulen vor Ort. In der Klinik Feldberg ist dies von der 1. bis zur 4. Klasse möglich und in der Klinik Waldfrieden von der 1. bis zur 6. Klasse.



Ärztliches Attest (Kind)

Zum Antrag für eine stationäre Kur in einer vom
Deutschen Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung

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: _____ O familienversichert bei _____

O rentenversichert _____ Name der Mutter/ des Vaters _____ geboren am: __. __. __

O ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft oder nicht Erfolg versprechend/ nicht durchführbar.

Das Kind bedarf einer stationären Mutter/Vater-Kind-Kur,

O weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),

O um ihre Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V),

O weil eine Trennung von der Mutter/dem Vater für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychosoziale Situation“ ist unbedingt erforderlich)

O Kurdauer 3 Wochen O Kurdauer 4 Wochen O Schwerpunktcur, ja und zwar _____

Anamnese:

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

Nebendiagnose:

Blutdruck: _____ Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Behinderung: O nein O ja, und zwar: _____

Ist eine Begleitperson erforderlich: O nein

Anfallsleiden: O nein O ja, und zwar: _____

Bisherige Therapie: (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation)

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

Psychosoziale Situation:

Kur + Reha
des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes BW
Eggstrasse 8 – 79117 Freiburg
Telefon 07 61 / 4 53 90 – 0
Telefax 07 61 / 4 53 90 - 99

Stempel der Beratungsstelle

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis für die Ärztin/ den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.
Hinweis für die Beratungs- und Vermittlungsstelle für Müttergenesungskuren: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.



Ärztliches Attest (Kind)

Zum Antrag für eine stationäre Kur in einer vom
Deutschen Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung

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: _____ O familienversichert bei _____
O rentenversichert _____ Name der Mutter/ des Vaters _____ geboren am: _____.____
O ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft oder nicht Erfolg versprechend/ nicht durchführbar.
Das Kind bedarf einer stationären Mutter/Vater-Kind-Kur,
O weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),
O um ihre Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V),
O weil eine Trennung von der Mutter/dem Vater für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder
unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychosoziale Situation“ ist unbedingt erforderlich)

O Kurdauer 3 Wochen O Kurdauer 4 Wochen O Schwerpunktcur, ja und zwar _____

Anamnese:

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

Nebendiagnose:

Blutdruck: _____ Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Behinderung: O nein O ja, und zwar: _____

Ist eine Begleitperson erforderlich: O nein

Anfallsleiden: O nein O ja, und zwar: _____

Bisherige Therapie: (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation)

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

Psychosoziale Situation:

Kur + Reha
des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes BW
Eggstrasse 8 – 79117 Freiburg
Telefon 07 61 / 4 53 90 – 0
Telefax 07 61 / 4 53 90 - 99

Stempel der Beratungsstelle

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis für die Ärztin/ den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 01 622 EBM berechnungsfähig.
Hinweis für die Beratungs- und Vermittlungsstelle für Müttergenesungskuren: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.

Ärztliches Attest (Kind)

Zum Antrag für eine stationäre Kur in einer vom
Deutschen Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung

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: _____ O familienversichert bei _____
O rentenversichert _____ Name der Mutter/ des Vaters _____ geboren am: _____._____
O ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft oder nicht Erfolg versprechend/ nicht durchführbar.
Das Kind bedarf einer stationären Mutter/Vater-Kind-Kur,
O weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),
O um ihre Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V),
O weil eine Trennung von der Mutter/dem Vater für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder
unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychosoziale Situation“ ist unbedingt erforderlich)
O Kurdauer 3 Wochen O Kurdauer 4 Wochen O Schwerpunktcur, ja und zwar _____

Anamnese:

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

Nebendiagnose:

Blutdruck: _____ Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Behinderung: O nein O ja, und zwar: _____

Ist eine Begleitperson erforderlich: O nein

Anfallsleiden: O nein O ja, und zwar: _____

Bisherige Therapie: (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation)

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

Psychosoziale Situation:

Kur + Reha
des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes BW
Eggstrasse 8 – 79117 Freiburg
Telefon 07 61 / 4 53 90 – 0
Telefax 07 61 / 4 53 90 - 99

Stempel der Beratungsstelle

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis für die Ärztin/ den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 01 622 EBM berechnungsfähig.
Hinweis für die Beratungs- und Vermittlungsstelle für Müttergenesungskuren: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.

Ärztliches Attest (Kind)

Zum Antrag für eine stationäre Kur in einer vom
Deutschen Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung

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: _____ O familienversichert bei _____
O rentenversichert _____ Name der Mutter/ des Vaters _____ geboren am: _____._____
O ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft oder nicht Erfolg versprechend/ nicht durchführbar.
Das Kind bedarf einer stationären Mutter/Vater-Kind-Kur,
O weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V),
O um ihre Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 41 SGB V),
O weil eine Trennung von der Mutter/dem Vater für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder
unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychosoziale Situation“ ist unbedingt erforderlich)
O Kurdauer 3 Wochen O Kurdauer 4 Wochen O Schwerpunktcur, ja und zwar _____

Anamnese:

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

Nebendiagnose:

Blutdruck: _____ Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Behinderung: O nein O ja, und zwar: _____

Ist eine Begleitperson erforderlich: O nein

Anfallsleiden: O nein O ja, und zwar: _____

Bisherige Therapie: (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation)

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

Psychosoziale Situation:

Kur + Reha
des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes BW
Eggstrasse 8 – 79117 Freiburg
Telefon 07 61 / 4 53 90 – 0
Telefax 07 61 / 4 53 90 - 99

Stempel der Beratungsstelle

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis für die Ärztin/ den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 01 622 EBM berechnungsfähig.
Hinweis für die Beratungs- und Vermittlungsstelle für Müttergenesungskuren: Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.