



Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg

Hausärztliche Versorgung
Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg

Gemeinschaftspraxis SZ-Lichtenberg GbR | Zollnweg 22a | 38228 Salzgitter

Dr. med. Simone Modro-Splitt
Fachärztin für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung), Akupunktur, Rettungsmedizin, Palliativmedizin

Dr. med. Roland Michalski
Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin

Dr. med. Gudula Hagemann
Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

Merle Tschepe
Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

**Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg**

BSNR 072046600

Tel +49 (0) 5341 / 85 38 0

Fax +49 (0) 5341 / 85 38 20

info@arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de
www.arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de

Arztpraxis-Salzgitter-Lichtenberg.KVN@kv.dox.kim.telematik

Liebe*r Patient*in,

gerne unterstützen wir Sie bei der Beantragung einer medizinischen Vorsorgemaßnahme für Mütter oder Väter (sogenannte Mutter-/Vater-Kind-Kur).

Diese Maßnahmen dienen dazu, einer dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigung vorzubeugen und Ihre körperliche sowie seelische Gesundheit zu stabilisieren.

Damit Ihr Antrag Aussicht auf Erfolg hat, muss gegenüber der Krankenkasse nachgewiesen werden, dass alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bereits ausgeschöpft wurden, jedoch nicht ausreichend waren und eine dauerhafte Gesundheitsgefährdung droht.

Zu den ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zählen unter anderem:

- Krankengymnastik oder Physiotherapie
- Fachärztliche Behandlungen
- Psychotherapie
- Eigene gesundheitsfördernde Aktivitäten (z. B. Sport, Rückenschule, Gesundheitskurse)
- Selbstfinanzierte oder von der Krankenkasse bezuschusste Maßnahmen (z. B. Angebote der Volkshochschule, Selbsthilfegruppen)

Auf Basis der uns vorliegenden Behandlungsdaten, vorhandener Facharztberichte und Ihrer persönlichen Angaben erstellen wir für Sie den Antrag.

Sollte die Krankenkasse dennoch ablehnen, liegt dies in der Regel nicht an Ihnen oder an uns, sondern an den Vorgaben des Kostenträgers – etwa, wenn die medizinischen Voraussetzungen noch nicht als erfüllt gelten oder ambulante Alternativen noch nicht vollständig wahrgenommen wurden.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich.

Kreuzen Sie jeweils die zutreffende Antwort an oder tragen Sie eigene Angaben ein. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie das Feld bitte frei.

Sobald das Formular für Sie vorbereitet wurde, informieren wir Sie. Die Bearbeitungszeit beträgt etwa **zwei Wochen**.

Nach Rückgabe des ausgefüllten Fragebogens erstellen wir für Sie das notwendige Formular „**Muster 64**“ zur Beantragung der Maßnahme.

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ / Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Welche gesundheitlichen Leiden sollen in erster Linie im Rahmen der Vorsorgemaßnahme verbessert werden? [max. 3 Angaben möglich]

-

-

-

Welche weiteren Beschwerden oder Leiden können Ihrer Meinung nach in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen?

Beschreiben Sie kurz **Ihre Krankheitsgeschichte** zu den o.g. gesundheitlichen Leiden. Wann hat diese begonnen? Wie kommt es dazu?

Welche Probleme ergeben sich hieraus für Sie **im Alltag?**

	immer	meistens	selten	gar nicht
Ich kann gut Entscheidungen treffen	☐	☐	☐	☐
Ich kann gut mit Stress umgehen	☐	☐	☐	☐
Ich kann gut auf meine eigene Gesundheit achten	☐	☐	☐	☐
Ich kann gut auf meine Ernährung achten	☐	☐	☐	☐
Ich kann Hausarbeiten erledigen	☐	☐	☐	☐
Ich kann das häusliche Leben organisieren	☐	☐	☐	☐
Ich kann soziale Beziehungen (z.B. Freundschaften) pflegen	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich gut um meine Familie kümmern	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich selbst gut beschäftigen	☐	☐	☐	☐
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies und Interessen	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in meiner Elternrolle anerkannt	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich der Erziehung meiner Kinder gewachsen	☐	☐	☐	☐

Haben Sie zusätzliche Belastungen?

	trifft zu	trifft nicht zu
Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	☐	☐
Mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	☐	☐
Erziehungsschwierigkeiten	☐	☐
Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	☐	☐
Mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	☐	☐
Erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder	☐	☐
Fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	☐	☐
Partner-/Eheprobleme oder Trennung vom Partner	☐	☐
Pflege von Familienangehörigen	☐	☐
Tod des Partners/naher Angehöriger	☐	☐
Teenagerschwangerschaft	☐	☐
Soziale Isolation	☐	☐
Finanzielle Sorgen	☐	☐
Ständiger Zeitdruck	☐	☐
Allein erziehend	☐	☐
Beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	☐	☐
Überforderung am Arbeitsplatz	☐	☐
Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	☐	☐
Besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	☐	☐
Drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit	☐	☐
Nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	☐	☐

Weitere zusätzliche Belastungen?**Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten haben Sie bereits durchgeführt?**

Wie bereits oben beschrieben müssen wir nachweisen, dass Sie alle ambulanten Möglichkeiten bereits ausgeschöpft haben, das gewünschte Ergebnis nicht erreicht wurde und eine dauerhafte Erkrankung droht.

- Behandlung beim Facharzt? Welcher Facharzt bzw. welches Fachgebiet?

- Physiotherapie (Krankengymnastik) – was haben Sie gemacht und/oder gelernt?

- Ergotherapie – was haben Sie in der Ergotherapie gemacht und/oder gelernt?

- Logopädie – was haben Sie in der Logopädie gemacht und/oder gelernt?

- Psychotherapie (psychologischer Psychotherapeut, ärztlicher Psychotherapeut, Heilpraktiker mit Psychotherapie-Ausbildung) – was haben Sie in der Psychotherapie gemacht und/oder gelernt?

- Rehasport/Funktionstraining – was haben Sie hier gemacht und/oder gelernt?

- Eigener Sport – was für eine Sportart, welches Trainingsziel? Wie häufig und seit wann?

- Selbsthilfegruppe – was für ein Schwerpunkt, wie häufig und seit wann?

- Anderes – was haben Sie noch probiert, um Ihre Gesundheitseinschränkungen zu behandeln?

Was erhoffen Sie sich durch die Vorsorgemaßnahme (Mutter-/Vater-Kind-Kur)?

Welche Art der Vorsorgeleistung streben Sie an?

☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ Mutter-Kind-Leistung ☐ Vater-Kind-Leistung

Kinder:

Vorname und Nachname	Geburtsdatum	Belastete Mutter-/Va- ter-Kind-Be- ziehung	Psychosoziale Gründe/Be- treuung not- wendig	Attest vom Kinderarzt liegt vor*
☐		☐	☐	☐
☐		☐	☐	☐
☐		☐	☐	☐
☐		☐	☐	☐
☐		☐	☐	☐

↑ Bitte kreuzen Sie an (Spalte 1), welches Kind Sie mitnehmen wollen.

* Das Attest vom Kinderarzt wird benötigt, wenn das Kind in der Vorsorgeleistung behandelt werden muss (chronische Erkrankung, Behinderung, psychische Auffälligkeiten).

Gibt es besondere Anforderungen an die Einrichtung?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Klima* | ☐ Barrierefreiheit | ☐ Allergenarmut* |
| ☐ besondere Kostform* | ☐ Konfessionelle Ausrichtung* | ☐ Fremdsprachl. Angebote* |
| ☐ Einrichtung nur für Frauen | | |

Weitere Informationen und Wünsche oder Erklärungen(*):

Sonstige Hinweise (z.B. Schwangerschaft, Reisefähigkeit, ...)

Gibt es noch etwas Wichtiges, was Sie uns mitteilen wollen?

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in/ggf. gesetzliche*r Vertreter*in