

# Mutter / Vater & Kind – Kurantrag der/des Versicherten

Auf der Grundlage der beigefügten ärztlichen Bescheinigung beantrage ich hiermit eine Mutter / Vater & Kind-Kur

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

selbstversichert  familienversichert durch  
(Name, Vorname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Krankenkasse (mit Versichertennummer) \_\_\_\_\_  rentenversichert

Teilnehmende Kinder (Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewünschter Zeitraum \_\_\_\_\_ Gewünschte Klinik \_\_\_\_\_

Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine Kur durchgeführt?  Ja  Nein  
Falls ja, wann? vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_, Kostenträger \_\_\_\_\_

Waren Sie innerhalb der letzten vier Jahre bei einer anderen Krankenkasse versichert?  
 Ja  Nein Falls ja, Name der Kasse \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung notwendigen Unterlagen an die Gesundheitsservice Management GSM GmbH bzw. an die Klinik weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Nur von der Krankenkasse auszufüllen!

## Kostenzusage der Krankenkasse

Wir übernehmen im Rahmen der gesetzlichen bzw. Satzungsbestimmungen für den/die o. g. Versicherten die Kosten der beantragten Mutter / Vater & Kind-Kur gemäß  § 24 SGB V  § 41 SGB V in

Auswahl durch Service-Center  
 \_\_\_\_\_ (spezielle Kurklinik einsetzen) für die Dauer von \_\_\_\_ Wochen

Die Kostenzusage ist begrenzt bis \_\_\_\_\_

Anzahl der an der Kur teilnehmenden Personen (therapiebedürftig): \_\_\_\_\_

Anzahl der an der Kur teilnehmenden Personen (als Begleitperson): \_\_\_\_\_

- Die Zuzahlung / Der Eigenanteil des Versicherten entfällt (Härtefall).  
 Die Zuzahlung / Der Eigenanteil des Versicherten in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro / Tag für die gesamte Kurdauer  
 soll von der Kureinrichtung einbehalten werden. Die Rechnung der Kurklinik wird entsprechend gekürzt.  
 wird von der Krankenkasse eingefordert. Die Kurklinik rechnet mit der Krankenkasse die volle Höhe der Kurkosten ab.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift des Kostenträgers

Bitte senden Sie die bewilligten Unterlagen an:  
Gesundheitsservice  
Dönhoffstr. 39, 51373 Leverkusen

# Verordnung von Medizinischer Vorsorge für Mütter / Väter nach § 24 SGB V

Name des Patienten	Geburtsdatum	
Straße	PLZ, Ort	
Krankenkasse	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Die Patientin / Der Patient bedarf einer stationären Behandlung, weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§ 24 SGB V). Ambulante Maßnahmen am Wohnort sind nicht ausreichend bzw. erschöpft.

## Klinische Anamnese

Beschwerden der Versicherten (seit wann?) und Verlauf

---

---

---

---

---

---

---

---

## Medizinische Diagnose

nach ICD 10

Hauptdiagnose:

---

---

---

---

---

---

Nebendiagnose:

---

---

---

**Vorsorgebedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)** ggf. bitte Befunde und Berichte beifügen

**Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen**

---

---

---

---

---

**Für die Bewältigung des Alltags relevante Schwierigkeiten und negative Kontextfaktoren**

(z. B. familiäre Problemsituation, alleinerziehend, Doppelbelastung durch Beruf und Kinder, fehlende familiäre Unterstützung, beengte Wohnsituation, Erziehungskonflikt, Pflege oder Tod eines Angehörigen, Erziehungsschwierigkeiten):

---

---

---

---

---

---

---

---

Behinderung?

Nein

Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Ist eine Begleitperson erforderlich?

Nein

Ja

Anfallsleiden?

Nein

Ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Risikofaktoren**

Nikotin

Alkoholmissbrauch

Drogen-/Medikamentenmissbrauch

Übergewicht

Bewegungsmangel

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Maßnahmen und Verlauf der Krankenbehandlung**

**Bisherige ärztliche Intervention** (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

---

---

---

---

**Arzneimitteltherapie** (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

---

---

---

---

**Heilmittel** (physiotherapeutische / physikalische Anwendungen, Ergotherapie und ähnliches)

---

---

---

---

**Andere Maßnahmen – auch privat / auf eigene Kosten** (Psychotherapie, Gesundheitsschulungen, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, heilpraktische / homöopathische Behandlung, sportliche Aktivitäten usw.)

---

---

---

## Vorsorgefähigkeit

- Die Patientin / Der Patient verfügt über ausreichende psychische und physische Belastbarkeit.
- Die Patientin / Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität.
- Die Patientin / Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation.
- Die Patientin / Der Patient ist motivierbar.

## Vorsorgeziele

Ziele aus Sicht des Arztes in Hinblick auf alltagsrelevante Schwierigkeiten, negative Kontextfaktoren (siehe Vorsorgebedürftigkeit) und Gesundheitsstörungen

---

---

---

---

---

## Vorsorgeprognose

Es besteht eine positive Vorsorgeprognose hinsichtlich der:

- Gesundheitsstörungen
- Alltagsrelevanten Schwierigkeiten
- Kontextfaktoren
- Ziele aus Sicht der Patientin / des Patienten

## Sonstige Angaben

- Besondere Anforderungen an die Vorsorgeeinrichtung (besondere Therapieangebote (z.B. Adipositas, Trauerarbeit, ADS), Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, besondere Diät-/Ernährungsformen, allergiegerecht, kleine Einrichtung usw.)

---

---

---

---

Ist aufgrund gravierender Störungen ein Angebot zur Unterstützung der Mutter / Vater & Kind-Interaktion erforderlich?

ja  nein

Im Falle einer Beantragung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren: Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine vorzeitige Durchführung dringend medizinisch notwendig

ja  nein

Eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist notwendig

ja  nein

Folgende Klinik wird vorgeschlagen (siehe Klinikbroschüre):

---

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Hinweis für den Arzt / die Ärztin: Für die Angaben ist die 01622 EBM berechnungsfähig.

# Ärztliches Attest (Kind)

zum Antrag für eine stationäre Mutter / Vater & Kind-Kur nach § 24 SGB V

Vor- und Zuname des Kindes Geburtsdatum

---

Straße PLZ, Ort

---

Krankenkasse

---

selbstversichert  familienversichert durch  
(Name, Vorname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Name der Mutter / des Vaters Geburtsdatum

---

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

- weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht sowie um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken (§ 24 SGB V).
- als nicht therapiebedürftiges Begleitkind, weil aufgrund des Alters des Kindes, bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung von der Mutter / dem Vater für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre.  
(Begründung bitte unter „Psychosoziale Situation“).
- weil ambulante Maßnahmen am Wohnort erschöpft oder nicht erfolgsversprechend / nicht durchführbar sind.

Anamnese

---

---

Medizinische Diagnose (bitte aktuelle Befunde und Untersuchungsberichte beifügen)

nach ICD 10

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

---

Nebendiagnose: \_\_\_\_\_

---

Behinderung?  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Ist eine Begleitperson erforderlich?  Nein  Ja

Anfallsleiden?  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

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

---

---

Psychosoziale Situation (bitte unbedingt angeben bei gesunden Begleitkindern und anderen besonderen Belastungssituationen)

---

---

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Bei weiteren Kindern bitte Zusatzbogen verwenden.

# Ergänzende Angaben der Mutter / des Vaters zum Antrag für eine stationäre Vorsorgemaßnahme für Mutter / Vater und Kind (§ 24 SGB V)

## Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

Vor- und Zuname des Kindes Geburtsdatum

---

Straße PLZ, Ort

---

Name des Kinderarztes / der Kinderärztin

---

Straße PLZ, Ort

---

	Bemerkungen:
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/> Allergien	
<input type="checkbox"/> Psychische Probleme <small>(z. B. ADS / ADHS)</small>	
<input type="checkbox"/> Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/> Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> Schwierige Mutter / Vater & Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/> Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/> Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/> Bisherige Therapien <small>(z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie)</small>	
<input type="checkbox"/> Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/> Gruppen- und/oder Kindergartenerfahrung	
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Angaben:	

Bei weiteren Kindern bitte Zusatzbogen verwenden.

# Ergänzende Angaben der Mutter / des Vaters zum Antrag für eine stationäre Vorsorgemaßnahme für Mutter / Vater & Kind (§24 SGB V)

Name des Patienten Geburtsdatum

---

Krankenkassen-Versicherungs-Nummer

---

Geburtsdatum des Kindes / der Kinder

---

Straße PLZ, Ort

---

**Lebenssituation:**

verheiratet                       verwitwet                       geschieden  
 alleinerziehend                       in Partnerschaft                       ledig

**Berufliche Situation**

berufstätig als: \_\_\_\_\_  
 Nebentätigkeit – Anzahl der Stunden pro Woche: \_\_\_\_\_  
 arbeitslos seit: \_\_\_\_\_  
 nicht berufstätig                       Hausfrau / Hausmann                       Elternzeit

**Gesundheitliche Beschwerden** (aus meiner Sicht) in den letzten 12 Monaten (in Stichworten):

---



---



---

## Gesundheitliche Befindlichkeitsstörungen

Ich leide seit	Wochen	Monaten	Jahren	an/unter
<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"/> 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"/> Ess-Störungen	<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"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Welche Probleme ergeben sich aus den gesundheitlichen Beschwerden für meinen Alltag**  
(z.B. Tagesablauf, Beziehung zu den Kindern, Partnerschaft)?

---

---

---

---

---

**Name / Anschrift der Hausärztin / des Hausarztes:**

---

---

**Haben Sie in den letzten 3 Monaten regelmäßig Medikamente eingenommen?**

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Belastende Begleitumstände und Kontextfaktoren:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Partner- / Ehe-Probleme   | <input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige                    |
| <input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen   | <input type="checkbox"/> chronische Krankheit von Angehörigen / Kindern |
| <input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen  | <input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse                       |
| <input type="checkbox"/> Schichtarbeit   | <input type="checkbox"/> alleinerziehend                                |
| <input type="checkbox"/> entwicklungsverzögertes oder behindertes Kind / entwicklungsverzögerte oder behinderte Kinder |   |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen / Schulden / Arbeitslosigkeit in der Familie                               |   |
| <input type="checkbox"/> _____   |   |

**Erläuterungen**

---

---

**Persönliche Risikofaktoren, die mich belasten, sind:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck             | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei Problembewältigung |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten       | <input type="checkbox"/> eigene Arbeitslosigkeit                |
| <input type="checkbox"/> soziale Isolation               | <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz               |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung | <input type="checkbox"/> Fehlernährung                          |
| <input type="checkbox"/> Unter- / Übergewicht            | <input type="checkbox"/> RaucherIn                              |
| <input type="checkbox"/> _____                           |   |

**Erläuterungen**

---

---

**Unterstützungen, die ich in Anspruch nehmen kann**

- Hilfe im Haushalt  Ambulante Dienste  Kinderbetreuung



**Mein wichtigstes Ziel während der Maßnahme ist**

---

---

---

---

---

---

**weitere Ziele sind:**

---

---

---

---

---

**Wünsche bezüglich der Einrichtung:**

kleine Einrichtung  Reizklima

besondere Therapieangebote \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung notwendigen Unterlagen an den Gesundheitsservice bzw. an die Klinik weitergeleitet werden.**

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift des/der Versicherten**