



**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)

**Zollnweg 22a  
38228 Salzgitter**  
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

## **Patientenfragebogen für die Verordnung einer medizinischen Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V (Mutter-/Vater-Kind-Kur)**

Liebe Patientin, lieber Patient!

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

Eine medizinische Vorsorgemaßnahme dient der Vermeidung von dauerhaften Erkrankungen.

Wenn Ihr Antrag Erfolg haben soll, müssen wir nachweisen, dass Sie **alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten** voll ausgeschöpft haben, diese aber nicht ausreichen, und eine dauerhafte Gesundheitsschädigung droht.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten sind zum Beispiel Krankengymnastik, Behandlungen beim Spezialisten bzw. bei Fachärzten, Psychotherapie, aber auch eigene Aktivitäten wie Sport und selbst bezahlte und von der Krankenkasse unterstützte Maßnahmen wie Gesundheitskurse, Rückenschule, Volkshochschulkurse, Selbsthilfegruppen.

Wir werden mit den uns vorliegenden Behandlungsdaten, den Facharztberichten und Ihren Angaben den Antrag bearbeiten. Sollte Ihre Krankenkasse dann trotzdem ablehnen, liegt dies nicht an Ihnen oder uns, sondern meist am Kostenträger. Zum Beispiel daran, dass die relevanten Kriterien nicht hinreichend erfüllt werden oder die ambulanten Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich. Suchen Sie sich die passende Antwort heraus. Wenn Sie keine Antwort geben können oder möchten, tragen Sie nichts ein.

Wir informieren Sie, sobald das Formular bei uns abgeholt werden kann. Bitte geben Sie uns eine Bearbeitungszeit von ca. 2 Wochen.

Nachdem wir den ausgefüllten Fragebogen von Ihnen erhalten haben, werden wir das notwendige Formular („Muster 64“) für Sie vorbereiten.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann gut mit Stress umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann gut auf meine eigene Gesundheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann gut auf meine Ernährung achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Hausarbeiten erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann das häusliche Leben organisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann soziale Beziehungen (z.B. Freundschaften) pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich gut um meine Familie kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich selbst gut beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies und Interessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meiner Elternrolle anerkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich der Erziehung meiner Kinder gewachsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie **zusätzliche Belastungen?**

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

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

<b>Kinder:</b>		Belastete	Psychosoziale	Attest vom
Vorname und Nachname	Geburtsdatum	Mutter-/Va- ter-Kind-Be- ziehung	Gründe/Be- treuung not- wendig	Kinderarzt liegt vor*
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↑ 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)