

## Ärztlicher Befundbericht zur Anregung einer Mutter-Kind-Maßnahme (Mutter/Vater)

Bitte diesen Vordruck nicht ausfüllen, wenn eine Heilbehandlung der Rentenversicherung in Betracht kommt, weil die Maßnahme der Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit dient.

Name, Vorname des / der Patienten / in			Geburtsdatum			
Anschrift			Versicherungsnummer			
Der / die obengenannte Patient / in ist in meiner Behandlung seit						
Es kommen für sie / ihn Kurmaßnahmen in Betracht,						
<input type="checkbox"/> weil infolge der Schwächung ihrer Gesundheit eine Krankheit einzutreten droht (Vorsorgemaßnahme ) <input type="checkbox"/> um Ihre Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitationsmaßnahme ) (Hier kann ggf. auch ein anderer Kostenträger zuständig sein.) (Antrag für Reha-Maßnahme bitte mit Muster 60 anfordern.)						
Hauptdiagnose:						
Nebendiagnose:						
Untersuchungsbefund:						
Im Vordergrund stehen Beschwerden			Größe	Gewicht	Blutdruck	Puls
somatischer Art	psychosomatischer Art	psychischer Art				
<b>Vorhandene, aktuelle Spezialbefunde (Rö., EKG-, Labor-, sonstige techn. Untersuchungsberichte, Facharzt-, Krankenhaus- und Kurentlassungsberichte) <u>Bitte im verschlossenen Umschlag für den MDK beifügen.</u></b>						
Welche Behandlungen wurden in den letzten zwölf Monaten durchgeführt?		Anzahl	Zeitraum			
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		_____	_____			
<input type="checkbox"/> Massagetherapie		_____	_____			
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie		_____	_____			
<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung		_____	_____			
<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie		_____	_____			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		_____	_____			
<input type="checkbox"/> Patientenschulung		_____	_____			
<input type="checkbox"/> Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote		_____	_____			
<input type="checkbox"/> Medikamente:		_____				
Ggf. warum wurde die Behandlung nicht durchgeführt: _____						
Wurden weitere Therapien durchgeführt, die oben nicht aufgeführt sind ?	Art der Therapie			Anzahl		
Auffälligkeiten im psycho-sozialen Bereich (z.B. familiäre Belastung, berufliche Probleme)					<b>Nein</b>	<b>Ja</b>
Wenn ja, Auffälligkeiten bzw. Belastungen genau beschreiben:						

Name, Vorname		Versicherungsnummer
Liegen Risikofaktoren vor ?		
Nein    Ja    Alkohol    Nikotin    Medikamente    Fehlernährung    Bewegungsmangel    Stress		
Wenn ja, sind Maßnahmen gesundheitsfördernder Art erforderlich, wie z.B. Aufklärung über bestehende Risikofaktoren, Teilnahme an speziellen Kursen (z.B.: Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Diabetikerschulung) ? <b>Nein</b> <b>Ja</b>		
Welche spezifischen Therapiemaßnahmen werden hierfür vorgeschlagen ?		
<hr/> <hr/> <hr/>		
Spezielle Anforderungen an die Kureinrichtung (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Aufnahme von Mutter und Kind, Klima, Allergien, Diät )		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Welche Ziele werden mit der verordneten Mutter-Kind-Kur angestrebt ?		
<hr/> <hr/> <hr/>		
Reisefähigkeit		
öffentliches Verkehrsmittel ausreichend <input type="checkbox"/> PKW erforderlich <input type="checkbox"/> Krankentransport erforderlich <input type="checkbox"/>		
Sonstige Anmerkungen und Hinweise:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Wird vor Antritt der Kur ein Vorbereitungsgespräch mit dem / der Patienten / in geführt ?    Nein    Ja		
Datum	Kassenarztstempel	Unterschrift des Arztes
<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
<b>* für das Ausfüllen kann die Abrechnungsnummer 79 des BMÄ angesetzt werden.</b>		