

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen**A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie**

☐

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen**A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als**☐

Mütter-Leistung

☐

Väter-Leistung

☐

Mutter-Kind-Leistung

☐

Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes

Geburtsdatum

s. Attest Kind
insbes. bei
Behandlungs-
notwendigkeit*Belastete
Mutter-/
Vater-Kind-
BeziehungPsychosoziale
Gründe/
Betreuung
notwendig

1.	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben**A. Anforderungen an die Einrichtung (z.B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)**☐

ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig☐

ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRF.NR.
Muster 64 Ba/E (10.2018)