



## Reif für eine Kur?

Mütter und Väter haben alle vier Jahre Anspruch auf eine Kur - mit oder ohne Kinder.

Was brauchen Sie dafür:

-Ärztliche Verordnung 64 Teil A für Mutter oder Vater

-Ärztliche Verordnung 65 (wenn Ihr/e Kind/er nicht nur als Begleitkind/er mitfahren, sondern auch behandelt werden soll/en)

Muster der Verordnungen sind hier abgebildet:

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Name, Vorname des Versicherten  
geb. am  
Kostenträgerkennung Versicherungs-Nr. Status  
Behaltens-Nr. Art-Nr. Datum

**Verordnung medizinischer  
Vorsorge für Mütter oder Väter  
gemäß § 24 SGB V** **64 Teil A**  
Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

**I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen**  
**A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren**  
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)  
Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

**B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung**  
Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

**II. Vorsorgebedürftigkeit**  
**A. Kurze Angaben zur Anamnese**

**B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Fähigkeiten in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen**  
(Bedeutungswesen Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf Belastung sensibel und Ernährung achten, Ressourcen einbringen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, ggf. Beschäftigung sowie eigener Interessen und Hobbies nachgehen)

**C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind**

<input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	<input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	<input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	<input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> Teenager-/schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	
<input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/> allein erziehend		

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 64 Aa (10.2016)

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Name, Vorname des Versicherten  
geb. am  
Kostenträgerkennung Versicherungs-Nr. Status  
Behaltens-Nr. Art-Nr. Datum

**Ärztliches Attest Kind** **65**  
zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

**I. Kurze Angaben zur Anamnese**

**II. Vorliegende Gesundheitsprobleme**  
**A. Gesundheitsstörungen** (Bestimmung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemweginfekte über das altersstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)  
Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

**B. Erkrankungen**  
Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

**C. Weitere relevante Informationen** (z. B. Beeinträchtigungen, Entwicklungsverzögerungen)

**III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen**

**IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme**

**V. Hinweise für die Zuweisung**  
**A. Anforderungen an die Einrichtung** (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Alltagsarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten, berufliche Ausbildung)  
 ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertraggeberstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 65a (10.2016)

Wenn Sie bei der Beantragung einer Kur Unterstützung brauchen, füllen Sie bitte das unten aufgeführte Anmeldeformular aus und senden es mit den ärztlichen Attesten an folgende Adresse:  
**DFV Berlin e.V., Wallenroder Str. 1, 13435 Berlin**

Haben Sie noch weitere Fragen, dann erreichen Sie uns immer per Mail: [sekretariat@dfv-berlin.de](mailto:sekretariat@dfv-berlin.de) oder telefonisch unter 030 /453 001 -0

Wir melden uns bei Ihnen zeitnah nach Bearbeitung Ihrer Unterlagen.



## Anmeldung zur stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme für Mutter / Vater und Kind

(bitte auszufüllen)

Familie: \_\_\_\_\_ Straße / Hausnr: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Teilnehmer:

Vorname

Geb. Datum

Beruf/Kita/Schule

Mutter / Vater: \_\_\_\_\_

1. Kind: \_\_\_\_\_

2. Kind: \_\_\_\_\_

3. Kind: \_\_\_\_\_

Krankenkasse Mutter / Vater: \_\_\_\_\_

Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr: \_\_\_\_\_

Krankenkassenversicherungs-Nr. der Kinder: \_\_\_\_\_

Ich beauftrage den DFV-Berlin, die Kostenübernahmeanträge bei den Kostenträgern zu stellen.

Ich bin mit der Speicherung und Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten und denen meines Kindes / meiner Kinder einverstanden, soweit sie benötigt werden, um bei öffentlichen Kostenträgern wie Krankenkasse, Sozialamt etc. die Kurfinanzierung sicherzustellen.

Ferner bin ich einverstanden, dass die von mir eingereichten Atteste von der Vermittlungsstelle an die für die Durchführung der Kur erforderlichen Stellen wie Krankenkasse, Sozialamt, Heimträger, Kurverwaltung, Kurhaus etc. weitergeleitet werden. Gleiches gilt für die nach Kurabschluss erstellten ärztlichen Abschlussberichte über mich und mein/e Kind/er.

Es ist mir bekannt, dass die Mutter / der Vater grundsätzlich nicht aus der Verantwortung für Ihre Kinder entlassen ist und Kinder bis zu 3 Jahren nur begrenzt beaufsichtigt werden können.

Datum: X \_\_\_\_\_

Unterschrift: X \_\_\_\_\_

-----  
(wird vom Deutschen Familienverband, Landesverband Berlin e. V. ausgefüllt)

Kurhaus: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Kurort: \_\_\_\_\_

MGW

Zuschuss

Über Mops angemeldet

Anmeldung / Atteste gefaxt am





## Fragebogen zur stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme:

Familie: \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 4 Jahren zur Kur? Ja / Nein

wenn ja, von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

verheiratet

alleinerziehend

getrennt lebend

berufstätig

nicht berufstätig

Schwangerschaft

Schwerbehinderung

Warum möchten Sie eine Mutter-Kind-Kur machen (Grund/Indikation)?

---

---

---

---

Gibt es Besonderheiten, die uns zur besseren Kurvermittlung bekannt sein sollten?

---

---

Was versprechen Sie sich von einer Kur (Erwartung/Ziele)?

---

Wunschzeitraum?

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---