

Ärztlicher Befundbericht

Antrag auf eine medizinische Maßnahme der Vorsorge für Mütter & Väter

Polizeipräsidium für Service und IT
Ref. Heilfürsorge/Sonderversorgung
Postfach 230 209
01112 Dresden

Hinweise zur Abrechnung:

Ihr Honorar ist mit der GOP 01624 des EBM über die Kassenärztliche Vereinigung abrechenbar. Untersuchungen, die Sie im Zusammenhang mit der beantragten Vorsorgemaßnahme durchführen, werden ebenfalls nach den GOP des EBM vergütet.

Sofern Ihnen eine Abrechnung über eine Kassenärztliche Vereinigung nicht möglich ist, können Sie Ihr Honorar direkt mit der Heilfürsorge abrechnen. Erstattet werden Ihnen in diesem Fall ebenfalls die sich aus den GOP des EBM ergebenden Vergütungen. Ihre Rechnung richten Sie bitte an die im Ärztlichen Befundbericht genannte Adresse.

Heilfürsorgeberechtigter

Name, Vorname			
Geb.-Datum		Versichertennummer	
Wohnanschrift			

Frau/Herr		ist in meiner Behandlung seit:	
-----------	--	--------------------------------	--

I. Sozialanamnese

--

II. Klinische Anamnese (Beschwerden (seit wann?) und Verlauf)

--

III. Antragsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

IV. Vorsorgebedürftigkeit (med. Befunderhebung) ggf. aktuelle Befundberichte beifügen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen

Für die Bewältigung des Alltags relevante Schwierigkeiten in folgenden Bereichen

- B. (z. B. in den Bereichen häusliches Leben, soziale Aktivitäten, interpersonelle Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsverhalten, Umgang mit psychischen Anforderungen, Erholung und Freizeit)

Vorsorgerelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren

- C. (soweit noch nicht aufgeführt – z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen, berufliches Umfeld, Suchtproblematik von Familienangehörigen, Erziehungsschwierigkeiten, Familienmitglieder mit Behinderung, finanzielle Sorgen)

D. Risikofaktoren

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| ☐ Nikotin | ☐ Alkoholmissbrauch | ☐ Übergewicht | ☐ Bewegungsmangel |
| ☐ Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch | ☐ sonstiges | | |

V. Maßnahmen und Verlauf der Krankenbehandlung

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

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

C. Heilmittel (physiotherapeutische/Physikalische Anwendungen, Ergotherapie u. ä.)

Andere Maßnahmen

- D. (Psychotherapie, Gesundheitsschulungen, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, heilpraktische/homöopathische Behandlung, sportliche Betätigung usw.)

VI. Vorsorgefähigkeit

- | | |
|--|--|
| ☐ verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit | ☐ verfügt über eine ausreichende Motivation |
| ☐ verfügt über die erforderliche Mobilität | ☐ ist motivierbar |

VII. Vorsorgeziele

- A. Ziele aus Sicht des Arztes vor allem im Hinblick auf alltagsrelevante Schwierigkeiten (siehe IV B), Gesundheitsstörungen (siehe IV A) und negative Kontextfaktoren (siehe IV C)

VIII. Vorsorgeprognose

Es besteht eine positive Vorsorgeprognose hinsichtlich der

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

IX. Sonstige Angaben

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

- B. Ist aufgrund gravierender Störungen ein Angebot zur Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion erforderlich?

☐ Ja ☐ Nein

Begründung/Erläuterung:

C. Im Falle einer Beantragung vor Ablauf der Wartefrist von 4 Jahren:

☐ Eine vorzeitige Durchführung ist medizinisch dringend notwendig

Begründung/Erläuterung:

--

D. ☐ Eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist notwendig

Begründung/Erläuterung:

--

Angaben des behandelnden Arztes

Name, Vorname

--

Arzt-Nr.:

--

Betriebsstätten-Nr.:

--

--

Ort/Datum

--

Unterschrift/Stempel