

## Tipps für den Erfolg Ihrer medizinischen Vorsorge für Mütter bzw. Väter

Damit Ihre medizinische Vorsorge für Sie und Ihre Kinder ein voller Erfolg wird, geben wir Ihnen vorab ein paar Tipps und Hinweise:

Wenn Sie eine Maßnahme zur medizinischen Vorsorge antreten, steht Ihr individueller Vorsorgebedarf im Vordergrund. Hierauf sind die medizinischen und therapeutischen Leistungen ausgerichtet.

### **Ziel der Vorsorgemaßnahme:**

Nach Erfahrungen von Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen kann die Mitaufnahme von Kindern unter 3 Jahren oder von mehr als 2 Kindern dazu führen, dass Sie während der Maßnahme nicht in dem Umfang von Ihren Alltagsverpflichtungen entlastet werden, wie Sie sich dies vielleicht erhoffen und es notwendig wäre, um angestrebte Vorsorgeziele für Sie zu erreichen.

— Formulieren Sie für sich bereits jetzt Ihre Vorsorgeziele. Welche Veränderungen erwarten Sie für sich durch die Maßnahme? Wie können oder sollten Ihre Kinder mit einbezogen werden?

Eine positive Einstellung ist wichtig für den Erfolg der Maßnahme. Vertrauen Sie sich den Ärzten und Therapeuten an, arbeiten Sie aktiv und motiviert mit. Besprechen Sie, wie Sie Veränderungen auch nach der Kur erfolgreich beibehalten und umsetzen können.

### **Virusinfektion:**

• An einem Ort, an dem viele Kinder aufeinander treffen, bleiben Ansteckungen nicht aus. Durchfallerkrankungen und Erkältungen lassen sich in aller Regel nicht verhindern. Gerade in solchen Situationen sind Sie erheblich gefordert.

### **Kindergruppen:**

Zumindest stundenweise werden Sie während der Maßnahme von der Betreuung Ihrer Kinder entlastet. Allerdings werden Kindergruppen von kleineren Kindern häufig erst nach ein bis zwei Wochen Eingewöhnungszeit angenommen. Selbst „große“ Kinder entwickeln plötzlich wieder eine erstaunliche Anhänglichkeit an die Mutter oder den Vater.

In beiden Fällen wären für Sie die Behandlungsmöglichkeiten während der Maßnahme deutlich eingeschränkt. Bereiten Sie Ihr Kind behutsam auf die Kindergruppen und Fremdbetreuung vor.

— In einigen Einrichtungen essen die Kinder in ihren Gruppen bzw. in einem eigenen Speisesaal und in anderen werden die Mahlzeiten gemeinsam mit der Mutter bzw. dem Vater eingenommen. Auch dies kann zu Unruhe und Problemen führen. Dazu erkundigen Sie sich am Besten vor Ihrer Anreise in der Einrichtung.

### **Mutter-Kind bzw. Vater-Kind-Interaktionstherapie:**

Ganz bewusst werden die Kinder nicht rund um die Uhr betreut. Mütter und Väter und ihre Kinder sollen auch Zeit und Gelegenheit haben, ohne Ablenkung durch Alltagsstress, bestehende Konfliktsituationen zu bereinigen und ggf. mit Unterstützung durch Therapeuten Verhaltensweisen zu erlernen, die diese vermeiden helfen.

**Freizeitangebot/Schulunterricht:**

Viele Einrichtungen bieten Ausflüge und andere Freizeitangebote an. Bitte haben Sie Verständnis, dass die Kosten dafür nicht übernommen und von den Kliniken den Teilnehmern in Rechnung gestellt werden.

Wenn Sie ein schulpflichtiges Kind begleitet und ein Schulausfall ansteht, ist es ratsam, vorab mit der Einrichtung zu klären, ob von dort eine Unterrichts- und/oder Hausaufgabenbetreuung angeboten wird oder die Bearbeitung mitgebrachter Aufgaben sinnvoller ist.

**Fahrkosten:**

Steht kein Fahrservice der Klinik zur Verfügung, werden die im Zusammenhang mit der Behandlung entstehenden Reisekosten bis zur Höhe der Kosten für die Inanspruchnahme eines öffentlichen Verkehrsmittels (Bus oder Bahnfahrt 2. Klasse ohne Zuschläge) übernommen. Dabei werden alle möglichen Fahrpreismäßigungen berücksichtigt. Für die Reisekosten ist von Ihnen ein Eigenanteil in Höhe von 10 % der tatsächlichen Kosten je Fahrt mindestens 5,00 EUR und höchstens 10,00 EUR zu zahlen. Für eine nachträgliche Erstattung der Kosten benötigen wir die Fahrkostenbelege im Original.

**Zuzahlung:**

Für eine stationäre Maßnahme zahlen Sie je Kalendertag 10 EUR pro Tag an die Einrichtung. Für Ihre Kinder brauchen Sie nichts zu zahlen.

**Hinweis zum Antrag:**

Bitte drucken Sie den Antrag aus und bestätigen alle Angaben mit Ihrer Unterschrift.

In Vorbereitung der Kur erhalten Sie

- von Ihrem behandelnden Arzt das Verordnungsformular für medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (Formular 64),
- von dem behandelnden Kinderarzt ein ärztliches Attest (Formular 65) für jedes behandlungsbedürftige Kind.

Bitte reichen Sie den Antrag, das Verordnungsformular und die ärztlichen Atteste bei der AOK Nordost ein. Die Unterlagen können Sie in einem Servicecenter in Ihrer Nähe abgeben oder per Post an die AOK Nordost senden:

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
14456 Potsdam

Wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

**Ihre AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**AOK Nordost Die Gesundheitskasse**  
Rehabilitation  
14456 Potsdam

**Antrag auf eine medizinische Leistung in einer Vorsorgeeinrichtung**

- Ich beantrage eine
- stationäre Vorsorgeleistung
  - Medizinische Vorsorge für Mütter
  - Medizinische Vorsorge für Mutter und Kind
  - Medizinische Vorsorge für Väter
  - Medizinische Vorsorge für Vater und Kind
  - Medizinische Vorsorge für pflegende Angehörige

wegen folgender Beschwerden:

.....

- Die Erkrankung ist:
- Folge eines möglichen Arbeitsunfalls
  - Folge eines sonstigen Unfalls (zum Beispiel Verkehrsunfall, häuslicher Unfall)
  - eine anerkannte Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung
  - eine anerkannte Entschädigung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)
  - eine anerkannte Berufskrankheit
  - ein anerkannter Haftschaden

Vorname des Kindes <small>Bitte geben Sie den Namen an, wenn er vom Antragsteller abweicht.</small>	Geburtsdatum	behandlungsbedürftig <small>für jedes behandlungsbedürftige Kind ist das Formular 65 vom behandelnden Kinderarzt beigelegt</small>	Pflegergrad	
			Liegt ein Pflegergrad vor?	Mein Kind hat den Pflegergrad
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Ich habe Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt.  Nein  Ja

Ich erfülle insgesamt eine Wartezeit (Beitrags- und Ersatzzeiten) von 15 Jahren.  Nein  Ja

Ich war in den letzten zwei Jahren mindestens sechs Monate pflichtversichert und habe dafür Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung gezahlt.  Nein  Ja

Ich war in den letzten vier Jahren für medizinische Leistungen in einer Vorsorgeeinrichtung  
 Nein  Ja, vom ..... bis ..... Kurort:.....

bezahlt von der: .....

**Persönliche Angaben**

**1. Wie belastbar sind Sie?**

- Können Sie an sportlichen Aktivitäten teilnehmen?  Ja  Nein
- Können Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen?  Ja  Nein
- Benötigen Sie Hilfsmittel? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

.....

**2. Bei welchen Tätigkeiten sind Sie im Alltag durch Ihre Krankheit eingeschränkt?**

- Ich habe keine Einschränkungen
- Fortbewegung/körperliche Beweglichkeit (Gehen, Treppensteigen, Laufen, Wechsel der Körperhaltung, Transportieren, Heben, Tragen, Knien, Hocken, Greifen, Haushaltsführung)
- Selbstversorgung (Waschen, Baden, Stuhlgang, Wasserlassen, Ankleiden, Nahrungszubereitung, Nahrungsaufnahme)
- Kommunikation (Sprechen, Hören, Sehen, Schreiben)
- Bei Ihren Aufgaben in Familie, Partnerschaft, Beruf
- Sonstige .....

**3. Zusätzliche Angaben:**

- Alkohol:  Nein  Ja                      ➤ Größe: ..... cm
- Nikotin:  Nein  Ja                              ➤ Gewicht: ..... kg
- Behinderung:  Nein  Ja. Welche?

.....

**4. Welche ambulanten Behandlungsmaßnahmen haben Sie in den letzten 12 Monaten erhalten?**

	Anzahl	Zeitraum (vom – bis)
<input type="checkbox"/> Massagen		
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		
<input type="checkbox"/> Packungen		
<input type="checkbox"/> Strombehandlungen		
<input type="checkbox"/> Bäderbehandlungen		
<input type="checkbox"/> Wasserbehandlungen		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
<input type="checkbox"/> Logopädie (Sprachtherapie)		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie / Verhaltenstherapie		
<input type="checkbox"/> Reha-Sport / Funktionstraining		
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
<input type="checkbox"/> Sonstige, ggf. welche?		
<input type="checkbox"/> Medikamente? - Bitte Namen angeben - :		
.....		

**5. Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?**

I.	Name:	
	Anschrift:	
	Telefon:	
	Wegen:	
II.	Name:	
	Anschrift:	
	Telefon:	
	wegen:	
III.	Name:	
	Anschrift:	
	Telefon:	
	wegen:	

**Hinweis:**

Für eine sachgerechte Leistungsentscheidung wird gegebenenfalls der Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) für eine Begutachtung (§ 275 SGB V) weitergeleitet.

**Datenschutzhinweis:**

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Vorsorgemaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. §§ 23, 24 SGB V, für die mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Vorsorge erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60, 66 SGB I verpflichtet sind. Anderenfalls kann Ihnen die Vorsorgeleistung versagt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte).


**Einverständniserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass von der AOK Nordost im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ärztliche Daten über meine Person, von den mich behandelnden Ärzten und Krankenhäusern, zur direkten Übersendung an den MDK abgefordert werden können. Diese Daten sind für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Vorsorgemaßnahme erforderlich. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Zur Entscheidung erforderlicher Behandlungs- und Therapiemaßnahmen bin ich damit einverstanden, dass die AOK Nordost ärztliche Daten und Unterlagen über meine Person an ausgewählte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen übermitteln kann. Wird die Vorsorgemaßnahme gemeinsam mit meinem minderjährigen zu pflegenden Angehörigen durchgeführt, bin ich mit der Anforderung des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit meines Angehörigen bei der Pflegekasse und Übersendung des Gutachtens an den MDK bzw. an ausgewählte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einverstanden.

-----  
Datum

-----  
Unterschrift

Ich bin erreichbar  
(Angabe ist freiwillig)

-----  
 Telefon tagsüber

-----  
E-Mail

Bitte beachten Sie:

Führen Sie die Vorsorgemaßnahme gemeinsam mit Ihrem nicht minderjährigen zu pflegenden Angehörigen durch und Sie sind nicht im Besitz einer Vorsorgevollmacht, ist die Einverständniserklärung vom zu pflegenden Angehörigen bzw. vom Betreuer zu unterschreiben.

Ich bin mit der Anforderung des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse und Übersendung des Gutachtens an den MDK bzw. an ausgewählte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im vorgenannten Sinne einverstanden.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

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