

Original für den Kostenträger



Arbeiterwohlfahrt  
Kreisverband Fürstenwalde e.V.

Medizinische  
Vorsorgeeinrichtung  
für Schwangere

*Haus an der Sonne*

Lindenstr. 24  
15526 Bad Saarow  
Tel 033631 / 437-0  
Fax 033631 / 437-36  
e-mail info@schwangerenkur.de

**Antrag auf  
Vorsorgeleistungen-für Schwangere**

Frau \_\_\_\_\_  
Geb. am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anerkannt durch die Krankenkassen des  
Landes Brandenburg nach §24 SGB V.**

Ist seit dem \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ in meiner Behandlung und bedarf einer stationären Maßnahme ohne teilnehmende Kinder  
als Vorsorgemaßnahme Zur Verhütung von Krankheiten, gemäß § 24 Sozialgesetzbuch V (SGB V).

Die Patientin ist

selbstversichert; Versichertennummer: \_\_\_\_\_

familienversichert bei \_\_\_\_\_

Letzte Kur-Maßnahme: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Indikationen/Krankheitsbezeichnung**

(Bitte fügen Sie ggf. Spezialbefunde bei)

Anamnese: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hauptdiagnose: (mit ICD Nr.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: (mit ICD Nr.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisherige Therapie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Psychosoziale Situation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spezielle Hinweise für die Einrichtung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indikationen für eine stationäre Vorsorgemaßnahme sind unter anderem:

- |                                |                                    |                          |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Zustand nach Hyperemesis grav. | Hyper-/Hypotonie                   | Familiäre Belastung      |
| Blutungsneigung                | Schwangere über 35 Jahre           | Vielgebärende            |
| Minderjährige Schwangere       | Rasche Schwangerschaftsfolge       | Zustand nach Sectio      |
| Besondere psychische Belastung | Zustand nach Frühgeburt            | Mehrlingsschwangerschaft |
| Frühere schwere Erkrankung     | Zustand nach Sterilitätsbehandlung |                          |

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

Stempel / Unterschrift: