

Bitte den Antrag im Original an:

Kur + Reha GmbH

Beratungsteam

Eggstraße 8

79117 Freiburg

**Ihre Anfrage für eine stationäre Mutter oder Vater-Kind-Maßnahme
für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an einer Mutter oder Vater-Kind-Maßnahme bei der Kur + Reha GmbH.

Um Ihnen die Antragstellung so einfach wie möglich zu gestalten, unterstützen wir Sie gerne. Damit wir die ausgefüllten Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse einreichen können, benötigen wir folgende Formulare:

- Einverständniserklärung
- Anmeldeformular
- Ärztliches Attest für Mutter oder Vater und ggfs. für Kinder falls behandlungsbedürftig
- Selbstauskunftsbogen (dieser Fragebogen wird von uns nicht an die Krankenkassen weitergeleitet)

Nach Vorlage aller Unterlagen können wir für Sie den Antrag bei Ihrer Krankenkasse stellen.

Die Bearbeitungsdauer beträgt in der Regel 3-6 Wochen.

Alle Informationen, die wir von Ihnen erhalten, unterliegen dem Datenschutz.

Sie dürfen sich gerne vor dem Ausfüllen der Unterlagen telefonisch an unser Beratungsteam wenden, damit wir Sie ausführlich beraten können.

Sie erreichen uns von **Montag – Freitag ab 08:00 – 19:00 Uhr** unter der kostenfreien Servicenummer 0800 2232373 oder per E-Mail an die: info@kur.org

Mit freundlichen Grüßen

Kur + Reha GmbH

Ihr Beratungsteam

Ihr Weg zur Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kur

**Wir kümmern
uns um Ihre
Gesundheit.**

1

Informationen zum Antrag

Um die benötigten Unterlagen zu erhalten, können Sie uns anrufen, eine E-Mail schreiben oder diese über unsere Website kostenfrei bestellen oder herunterladen



0800 2 23 23 73
Montag bis Freitag
8–19 Uhr. Kostenlos.



info@kur.org



www.kur.org



fb.me/kurorg

2

Antragsunterlagen und Ärztliche Atteste

Sie schicken uns alle ausgefüllten Antragsunterlagen inklusive der ärztlichen Atteste im Original wieder zurück

3

Prüfung und passende Klinik

Wir prüfen Ihre Unterlagen auf Inhalt und Vollständigkeit und reservieren gemeinsam mit Ihnen einen Termin in einer unserer 7 Mutter-Kind Kur Kliniken.

4

Wir reichen alles für Sie ein

Mit Ihrer Einverständniserklärung reichen wir die Original Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse ein und beobachten für Sie die einzuhaltenden Fristen.

5

Annahme oder Ablehnung

Bei einer Zusage der Kostenübernahme erhalten Sie die Information von Ihrer Krankenkasse. Bitte geben Sie uns diesbezüglich Bescheid. Im Falle einer Ablehnung können wir Sie in den meisten Fällen bei Ihrem Widerspruch unterstützen. Bitte auch dann eine Information an uns.

Allgemeine Informationen rund um die Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme

Was ist eine Mutter-/ Vater-Kind Maßnahme?

Es gibt zwei Arten: Eine Vorsorgemaßnahme beugt einer Erkrankung vor. (Attest Mutter = Muster 64)
Eine Rehabilitationsmaßnahme hilft eine Erkrankung zu mildern und/ oder deren Verschlimmerung abzuwenden.
(Attest Mutter = Muster 61 Teil B-D)

Wer kann bei Kur + Reha eine Mutter-/ Vater-Kind Maßnahme beantragen?

- Vater oder Mutter mit mindestens einem Kind (auch Pflegekinder, Adoptivkinder)
- Alter der Kinder: Bei Beantragung der Maßnahme unter 12 Jahre, im Einzelfall bis 14 Jahre
- Großelternteil mit Erziehungsberechtigung

Welche Indikationen sollten für eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme vorliegen?

- Erschöpfungszustände, mehrere psychosomatische Erkrankungen resultierend aus dem Familienkontext
- körperliche und seelische Störungen
- psychische und somatoforme Störungen im frühen Befundstadium.
(Weitere Informationen auf dem Beiblatt für die Ärztinnen / Ärzte oder unter www.kur.org)

Wie beantrage ich eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme?

Sie schicken uns die ausgefüllten Formulare zu. Das Beratungsteam der Kur + Reha GmbH bespricht mit Ihnen eine Klinik und einen passenden Termin und reicht den Antrag bei Ihrer Krankenkasse ein.

Welche Kosten entstehen?

Der Eigenanteil beträgt 10,- Euro pro Tag / pro Erwachsener
Ausnahme: Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung durch die Krankenkassen.

Und die Fahrt-und Gepäckkosten?

Die Fahrtkosten (Bahnfahrt 2. Klasse) werden von der Krankenkasse übernommen.
Ihre Zuzahlung bei einer Vorsorge Maßnahme beträgt zwischen 5 € und 10 € pro Person (Erwachsene und Kinder).
Bei Fahrten zu einer Rehabilitations-Maßnahme entstehen keine Kosten.
Ihr Gepäck können Sie im Vorfeld per Hermes/DHL versenden. Die Kosten liegen bei Ihnen.

Und Arbeitslose oder Sozialhilfeempfänger?

Mütter/Väter, die über das Sozialamt oder das Arbeitsamt versichert sind, beantragen Ihre Maßnahme ebenfalls über die Krankenkasse.

Bei Privatversicherten?

- Ihre Versicherung gibt Ihnen Auskunft zur Übernahme von rehabilitativen Leistungen.
- Sie sind Beihilfeberechtigt, dann übernimmt die Beihilfe einen Anteil der Kosten.
- sollte keine externe Kostenübernahme möglich sein, können Sie die Maßnahme auch selbst bezahlen. Bitte entnehmen Sie weitere Informationen dem separaten Anschreiben für Privatversicherte. (Die hier beigefügten Unterlagen sind nur für gesetzlich Versicherte vorgesehen).

Wie oft kann ich eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme beantragen?

Alle 4 Jahre. In Ausnahmefällen kann eine Vorsorge-oder Rehabilitationsleistung vor Ablauf der 4 Jahre beantragt werden. In diesem Fall benötigen Sie die entsprechende Bescheinigung Ihres Arztes.

Was ist im Falle einer Berufstätigkeit?

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für die Dauer der Maßnahme steht Ihnen die Lohnfortzahlung Ihres Arbeitgebers zu.

Was ist mit schulpflichtigen Kindern?

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen finden das ganze Jahr statt. Kinder erhalten in unseren Kliniken in der Regel Hausaufgabenbetreuung (außerhalb der Ferienzeiten). Die Kliniken Feldberg und Waldfrieden bieten einen Schulbesuch im Ort an (weitere Informationen hierzu finden Sie auf dem Beiblatt zur Aufnahme von Kindern).

Wie lange dauert die Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme? In der Regel 3 Wochen (Anreise immer mittwochs). Der behandelnde Arzt entscheidet vor Ort über eine eventuelle Verlängerung bei medizinischer Notwendigkeit.

Informationen zu dem Ausfüllen der ärztlichen Verordnung für die Beantragung einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme



**NEU! Diese Formulare hat Ihr Arzt in seiner Praxissoftware
und sollten zur Antragstellung im Original an uns gesendet werden:**

§ 24 SGB V Vorsorge: Muster 64

Es liegen bei Mutter oder Vater noch keine längerfristigen (weniger als 6 Monate) Beeinträchtigungen vor. Gesunde Begleitkinder sind auf diesem Muster einzutragen. Für **behandlungsbedürftige** Begleitkinder bitte das **Muster 65** vom Arzt ausfüllen lassen.

§ 41 SGB V Rehabilitation: Muster 61 (Teil B-D)

Es liegen bei der Mutter oder dem Vater Beeinträchtigungen vor, die bereits länger als 6 Monate bestehen und die eine Rehabilitation im Rahmen einer Mutter- bzw. Vater-Kind Maßnahme medizinisch notwendig machen. Bitte nur Teil B-D ausfüllen lassen. Teil A sollte nicht ausgefüllt werden. Für **jedes mitreisende** Kind ist das **Muster 65** vom Arzt auszufüllen.

Aus den Angaben der ärztlichen Verordnung sollte ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Gesundheitsstörungen und der Erziehungsverantwortung hervorgehen. Die Krankenkasse prüft den Bedarf einer stationären Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme unter Berücksichtigung dieser Bereiche:

Gesundheitszustand, wie z.B.:

- Erschöpfungssyndrom
- Unruhe- und Angstgefühl
- leichte bis mittlere Depressionen
- Anpassungsstörungen
- Schlafstörungen
- Somatoforme Störungen (z.B.: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Beschwerden des Magen-Darm-Traktes, Herz- und Atembeschwerden)

Mütter- bzw. väterspezifische Belastungen, wie z.B.:

- Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie oder Pflege von Angehörigen
- Erziehungsschwierigkeiten
- erhöhte Belastung, zum Beispiel über das alterstypische Maß hinausgehende Infekte der Kinder, chronisch erkrankte, verhaltensauffällige, behinderte oder frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten
- beeinträchtigte Mutter- oder Vater-Kind Beziehung
- allein erziehend, fehlende Unterstützung bei der Kindererziehung/Alltagsbewältigung

Lebensumstände (Kontextfaktoren), wie z.B.:

- Partner-/Eheprobleme, Trennung vom Partner
- Tod des Partners bzw. naher Angehöriger
- chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse

Achtung! Mögliche Ablehnungsgründe können sein:

Erkrankungen, die aus der Erwerbstätigkeit resultieren, Gefährdung oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, Abwendung von Erwerbsunfähigkeit oder Erhalt der Erwerbsfähigkeit.
In diesen Fällen ist keine Mutter- oder Vater-Kind Maßnahme nach §§24 oder 41 möglich.

Erklärung über die Beteiligung des Beratungsteams der Kur + Reha GmbH, Beratungsstelle im Müttergenesungswerk

Ich,
wohnhaft in:

erkläre hiermit gegenüber der _____ (Name der Krankenkasse):

Hiermit beantrage ich mit den beiliegenden Formularen eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme. Bei der Antragstellung möchte ich die Unterstützung des Beratungsteams der Kur + Reha GmbH, eine vom Müttergenesungswerk anerkannte Beratungsstelle, in Anspruch nehmen. Ich bin damit einverstanden und wünsche, dass die Korrespondenz in dieser Angelegenheit über die Beratungsstelle der Kur + Reha GmbH geführt wird:

Beratungsteam Kur + Reha GmbH
Eggstraße 8
79117 Freiburg
E-Mail: info@kur.org
Tel.: 0800 223 23 73 (Mo-Fr 8-19 Uhr)

Vorsorglich entbinde ich auch die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst, sowie alle mich in diesem Zusammenhang untersuchenden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Beratungsstelle.

Ich bin mit der Bearbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten und der meines/r Kindes/r einverstanden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Daten zur Vorbereitung und Durchführung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation innerhalb der Klinik, sowie zur Abrechnung notwendiger Leistungen benötigt werden.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass alle von mir zur Verfügung gestellten Informationen an die zuständigen und somit beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Kur + Reha GmbH und der Kur + Reha Klinik GmbH habe ich erhalten und erkenne diese an.

Unterschrift:

Ort, Datum

Bitte nicht ausfüllen:

Klinik:
 Anreise:
 Abreise:

Anmeldung zu einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme

Die Angaben zu Ihrer Versichertennummer sowie zu Ihrer Versicherung finden Sie auf der Vorderseite Ihrer Versichertenkarte.

Personalien Erwachsener		Versicherungsstatus	
		Pflichtangaben – sonst keine Antragsstellung möglich	
Name:		<input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert	
Vorname:		Name Krankenkasse:	
Straße:		Versicherung: (9stellige Zahl)	
PLZ:		Versicherten- nummer:	
Ort:		Anschrift Ihrer Krankenkasse:	
Geb.-Datum:		Straße:	
Telefon:		PLZ:	Ort:
Handy:			
E-Mail:		Telefon:	
berufstätig als:			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> verw.		

Sollten die Kinder bei einer anderen Krankenkasse als bei der des Hauptteilnehmers versichert sein, so müssen die Personalien des Hauptversicherten der Kinder hier angegeben werden.

Versicherungsstatus:			
(bitte nur angeben, wenn die Krankenkasse der Kinder sich von der des Antragstellers unterscheidet)			
Vorname und Name des erwachsenen Versicherten:			
Name der Krankenkasse:			
Versicherungsnr. (9stellig):			
Versichertennummer:			
Straße(Versicherung):			
PLZ:		Ort:	
		Telefon:	

Kind 1: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1)	Kind 2: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1)
Kind 3: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1)	Kind 4: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1)

Wen können wir im Krankheitsfall (während der Maßnahme) benachrichtigen?

Name: _____ **Vorname:** _____
Tel: _____ **E-Mail:** _____

Wurden in den letzten 4 Jahren bereits Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

nein ja (Bei „ja“ muss die vorzeitige Maßnahme auf dem Attest der Mutter/ des Vaters medizinisch begründet werden).

Art der letzten Maßnahme (Vorsorge/Rehabilitation): _____
Abreisedatum: _____

Haben Sie besondere Wünsche an die Einrichtung? Haben Sie einen Wunschtermin?

Hier haben Sie die Möglichkeit Ihre gewünschte Einrichtung anzugeben!

(Bitte ankreuzen und kurz Begründen)

<input type="checkbox"/> Klinik Borkum	(Borkum, Nordsee)	Grund: _____
<input type="checkbox"/> Klinik Waldfrieden	(Buckow, Märkische Schweiz)	Grund: _____
<input type="checkbox"/> Klinik Schwabenland	(Dürmentingen, Schwäbische Alb)	Grund: _____
<input type="checkbox"/> Klinik Feldberg	(Feldberg-Altglashütten, Schwarzwald)	Grund: _____
<input type="checkbox"/> Klinik Saarwald	(Nohfelden, Saarland)	Grund: _____
<input type="checkbox"/> Klinik Zorge	(Walkenried, Harz)	Grund: _____
<input type="checkbox"/> Klinik Selenter See	(Selent, Ostsee)	Grund: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung der Kur (Vorbereitung mit Finanzierung, Information an Arzt usw.) erforderlich.

Aktuelle Informationen zu der Aufnahme von Kindern

Aufnahmealter:

Kinder werden in den Mutter-/Vater-Kind-Kliniken der Kur + Reha GmbH im Alter von 2 - 12 Jahren aufgenommen. Die Aufnahme von jüngeren und älteren Kindern kann auf Anfrage geprüft werden.

Betreuung:

Eine kontinuierliche Kinderbetreuung ist einer der Grundpfeiler für eine erfolgreiche Mutter- oder Vater-Kind-Kur. Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind Betreuungserfahrung haben sollte, damit Ihr Aufenthalt in jeder Hinsicht ein voller Erfolg werden kann.

Während der Maßnahme entlasten wir Sie bei der Betreuung Ihrer Kinder. Die Kinder werden werktags in den Kernzeiten von ca. 8:30 Uhr - 16:00 Uhr (je nach Klinik auch erweitertes Betreuungsangebot) in altersgerechten Gruppen betreut und essen in den Kindergruppen zu Mittag. Ausnahmen machen Kinder unter 4 Jahren. Um die Kleinen langsam an den Aufenthalt zu gewöhnen, sind hier die Betreuungszeiten in den einzelnen Kliniken individuell geregelt.

Auch außerhalb Ihrer Anwendungszeiten können Sie die Kinder zu den jeweiligen Betreuungszeiten in den Gruppen betreuen lassen.

Akute Erkrankungen der Kinder während der Kur:

An einem Ort, an dem viele Kinder aufeinander treffen, besteht erhöhte Ansteckungsgefahr. Durchfallerkrankungen und Erkältungen kommen immer wieder vor. Gerade in solchen Situationen sind Sie gefordert. Ein erkranktes Kind kann aufgrund der Ansteckungsgefahr nicht in der Kindergruppe betreut werden. Wir bitten Sie dafür um Verständnis. In einem solchen Fall werden Sie ihr Kind selbst versorgen und eventuell vorübergehend auf Anwendungen verzichten müssen.

Hausaufgabenbetreuung / Schulbesuch:

Eine Hausaufgabenbetreuung findet in der Regel von Montag bis Freitag für die Dauer einer Schulstunde statt. Aufgaben und Sachgebiete können geübt, wiederholt und gefestigt werden, es erfolgt aber keine Arbeit an neuem Stoff bzw. Einführung in neue Stoffgebiete.

In den jeweiligen Schulferien der Bundesländer, in denen die Kliniken liegen, findet keine Hausaufgabenbetreuung statt.

Die Klinik Feldberg und die Klinik Waldfrieden bieten die Möglichkeit des Schulbesuchs in Kooperation mit den Grundschulen vor Ort. In der Klinik Feldberg ist dies von der 1. bis zur 4. Klasse möglich und in der Klinik Waldfrieden von der 1. bis zur 6. Klasse. Ein möglicher Therapiebedarf des Kindes hat jedoch Vorrang.

Checkliste:

Bitte nehmen Sie das Informationsblatt zum Ausfüllen der ärztlichen Verordnung mit zu Ihrem Arzttermin.

<u>Einzelne Formulare</u>	<u>Erledigt</u>
<p><u>Einverständniserklärung:</u></p> <p>Habe ich an Datum und Unterschrift gedacht? → Nur mit ausgefüllter Einverständniserklärung dürfen wir den Antrag für Sie stellen.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><u>Anmeldung:</u></p> <p>Habe ich alle Daten ergänzt und meine Wünsche angegeben? Unterschrift? → Antragstellung nur mit vollständigen Angaben möglich.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><u>Ärztliches Attest Mutter/ Vater</u></p> <p>1. Der Arzt wählt das notwendige Attest/ Verordnung aus: Bei Vorsorgemaßnahmen nach § 24 : Muster 64 (aus der Arztpraxissoftware) Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 41: das Muster 61 (aus der Arztpraxissoftware)</p> <p>Ist die Hauptdiagnose mütter-/ väterspezifisch? (Erschöpfungszustände oder mehrere psychosomatische Erkrankungen gelten im Allgemeinen als Voraussetzung)</p> <p>2. Wurden ausreichend Lebensumstände (Kontextfaktoren) beschrieben, die Ihre Rolle als Mutter/ Vater erschwert? (Mindestens 2)</p> <p>3. Ist das Attest eindeutig auf Ihren Namen ausgestellt? (Pflichtangabe: Name und Geburtsdatum)</p> <p>→ Wichtig: Stempel, Datum <u>und</u> Unterschrift des Arztes!</p>	<input type="checkbox"/>
<p><u>Ärztliches Attest Kind</u></p> <p>1. Gesunde Begleitkinder werden auf dem Mutter-Attest mit angegeben (Muster 64)</p> <p>2. Bei Behandlungsbedürftigen Begleitkindern füllt Ihr Arzt das Muster 65 aus, welches er in seiner Praxissoftware hat.</p> <p>Bitte prüfen: Ist das Attest eindeutig auf den Namen des Kindes ausgestellt? (Pflichtangabe: Name und Geburtsdatum)</p> <p>→ Wichtig: Stempel, Datum <u>und</u> Unterschrift des Arztes!</p>	<input type="checkbox"/>

Bitte senden Sie die Unterlagen zur Beantragung an die folgende Adresse:

Kur + Reha GmbH Beratungsteam

Eggstraße 8

79117 Freiburg

Allgemeine Geschäftsbedingungen

der

**Kur + Reha GmbH, Freiburg und
Kur + Reha Klinik GmbH, Freiburg
als Träger folgender Einrichtungen:**

**Rehaklinik Borkum in Borkum, Rehaklinik Waldfrieden in
Buckow, Rehaklinik Schwabenland in Dürmentingen,
Rehaklinik Feldberg in Altglashütten, Rehaklinik Saarwald in
Nohfelden, Rehaklinik Selenter See in Selent, Rehaklinik Zorge
in Zorge.**

Stand: 20/12/2017

1 Geltungsbereich

Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Kur + Reha GmbH und der Kur + Reha Klinik GmbH als Träger der Einrichtungen und den Patientinnen/Patienten (nachfolgend nur „Patientin“) und dessen etwaige Begleit- oder Assistenzpflegperson bei stationären Mutter/Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

2 Vertrag

Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Einrichtungsträger und der Patientin sind privatrechtlicher Natur.

Die AGB sind Vertragsbestandteil und werden für die Patientin wirksam, wenn diese ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnte sowie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt hat.

Der Vertrag wird durch die Patientin auch für alle im Vertrag aufgeführten Personen geschlossen, für deren Vertragsverpflichtungen die Patientin wie für ihre eigenen Verpflichtungen einsteht.

3 Entgelt

Besteht eine Vergütungsvereinbarung des Kostenträgers der Patientin mit dem Einrichtungsträger, rechnet der Einrichtungsträger direkt gegenüber dem Kostenträger ab.

Soweit ein pauschalierter Tagessatz vereinbart ist, sind alle für den Aufenthalt notwendigen Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Kinderbetreuung sowie alle medizinischen und therapeutischen Leistungen abgegolten. Der jeweilige Tagessatz gilt gleichermaßen für Patienten und Begleitpersonen. Soweit eine Vergütung nach Fallpauschalen vereinbart ist, treten diese an die Stelle des pauschalierten Tagessatzes.

Ist die Entgeltberechnung nicht durch vertragliche Vereinbarungen mit einem Kostenträger geregelt, kann der Einrichtungsträger mit Vertragsabschluss die Entgeltberechnung (z.B. pauschalierter Tagessatz) verbindlich erklären.

4 Zahlungsbedingungen

Der Einrichtungsträger verlangt von der Patientin eine Vorauszahlung in Höhe des voraussichtlich insgesamt zu zahlenden Entgeltes bis spätestens 15 Arbeitstage vor Beginn der Maßnahme.

Um eingehende Beträge ordnungsgemäß und rechtzeitig buchen zu können, sind bei Überweisungen die in der Rechnung erbetenen Angaben zu machen. Zahlungen ohne diese Angaben gelten nicht als Erfüllung.

4.1 Gesetzlich Krankenversicherte

Für Personen, die gesetzlich krankenversichert sind, entfällt eine Vorauszahlung, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zahlung des Entgeltes für eine oder mehrere Personen schriftlich erklärt hat und die entsprechende schriftliche Erklärung der Krankenkasse dem Einrichtungsträger vorliegt.

Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der Maßnahme mit den von den Krankenkassen genannten Abrechnungsstellen.

Eine gesetzlich geregelte Zuzahlung des Versicherten wird für jeden Tag der Maßnahme am Tag der Anreise in der Klinik fällig. Der Anreisetag und der Abreisetag werden hierbei jeweils als ganze Tage berechnet. Die Zuzahlung kann am Anreisetag bar oder mit einer Bankkarte (ec, v-pay, keine Kreditarte) bezahlt werden. Der Einrichtungsträger verrechnet die Zuzahlung in seiner Rechnungslegung nach Ende der Maßnahme mit der Krankenkasse.

Die Zuzahlung entfällt, wenn die Patientin von der Zuzahlung befreit ist. Für diesen Fall legt die Patientin eine schriftliche Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse spätestens 10 Tage vor Anreise vor.

4.2 Privat Versicherte und Sonstige Kostenträger

Übernimmt ein sonstiger Kostenträger oder Versicherer Entgelte teilweise oder ganz für eine oder mehrere Personen und liegt bei Vertragsschluss eine schriftliche Übernahmeerklärung vor, kann durch gesonderte Vereinbarung die Vorauszahlung gemindert werden oder gänzlich entfallen.

5 Umbuchung, Rücktritt, Nichtantritt, Kündigung, vorzeitige Abreise

5.1 Umbuchung, Rücktritt/Nichtantritt durch die Patientin

5.1.1. Soweit organisatorisch möglich, kann eine Umbuchung der Maßnahme zu einem anderen Termin als ursprünglich vereinbart vorgenommen werden.

5.1.2. Ein Rücktritt der Patientin ist vor Leistungsbeginn jederzeit möglich und ist in Textform gegenüber der Einrichtung zu erklären

Tritt die Patientin vom Vertrag zurück oder tritt sie den Aufenthalt nicht an, so kann der Einrichtungsträger Ersatz für die getroffenen Vorkehrungen bzw. Aufwendungen verlangen.

Der Ersatzanspruch ist unter Berücksichtigung der gewöhnlich ersparten Aufwendungen und möglichen anderweitigen Verwendungen pauschaliert. Beim Rücktritt ist maßgeblich der Zugang der Rücktrittserklärung. Die Höhe des pauschalen Ersatzanspruches staffelt sich in diesem Fall wie folgt:

- bis zum 60. Tag vor Anreise 10%
- bis zum 50. Tag vor Anreise 30%
- bis zum 40. Tag vor Anreise 50%
- bis zum 30. Tag vor Anreise 70%
- danach 80%

des festgelegten Entgeltes für die Gesamtdauer der Maßnahme. Beim Nichtantritt des Aufenthaltes beträgt der pauschale Ersatzanspruch 80%.

Es bleibt der Patientin unbenommen, den Nachweis zu führen, dass im Zusammenhang mit dem Rücktritt oder dem Nichtantritt des Aufenthaltes keine oder geringere Kosten entstanden sind. Von der Erhebung des Ersatzes kann in Einzelfällen Abstand genommen werden, wenn nachweislich gesundheitliche Gründe einem Antritt entgegenstehen.

5.2 Kündigung durch den Einrichtungsträger

Der Einrichtungsträger kann nach Beginn der Maßnahme fristlos aus wichtigem Grund gem. § 626 BGB kündigen, insbesondere, wenn die Patientin oder die in ihrem Vertrag aufgeführten Personen durch ihr Verhalten andere gefährden oder sich sonst vertragswidrig verhalten (z.B. Verstoß gegen die Hausordnung). In diesem Falle ist die Einbehaltung der gesamten Vergütung der Maßnahme unter Abzug der ersparten Aufwendungen sowie derjenigen Vorteile, die der Einrichtungsträger aus einer anderweitigen Verwendung der nicht in Anspruch genommenen Leistungen erlangt, gerechtfertigt.

5.3. Rücktritt durch den Einrichtungsträger (Zahlungsverzug)

Werden fällige Zahlungen nicht oder nicht vollständig geleistet, so kann der Einrichtungsträger nach einmaliger Mahnung mit einer Frist von 5 Arbeitstagen vom Vertrag zurücktreten. Vorher gemachte Zusagen verfallen. Dies betrifft besonders das Freihalten von Kapazitäten, die für die Maßnahme erforderlich sind (in der Regel verfügbare Unterkünfte). Bezüglich der Zahlung der gesetzlichen Zuzahlung gilt Pkt. 4.1.

5.4. Vorzeitige Abreise (Kündigung), Schadenersatz

5.4.1. Tritt die Patientin, ohne medizinisch nachgewiesene Notwendigkeit, die Abreise vor Beendigung der Maßnahme an, so kann der Einrichtungsträger Ersatz für den erlittenen Schaden verlangen. Der Ersatzanspruch ist unter Berücksichtigung der gewöhnlich ersparten Aufwendungen und möglichen anderweitigen Verwendungen pauschaliert und beträgt 80 % des Tagesatzes für jeden vorzeitig abgereisten Tag.. Es bleibt der Patientin unbenommen, den Nachweis zu führen, dass kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

5.4.2. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund gem. § 626 BGB bleibt hiervon unberührt.

6. Haftung

Für den Verlust von Geld, Wertpapieren, Kostbarkeiten oder anderen Wertsachen oder die Beschädigung von Fahrzeugen, Kleidung oder anderen Gegenständen, die auf dem Gelände offen abgestellt sind, haftet der Einrichtungsträger nur, sofern der Schaden aufgrund grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Verhaltens des Einrichtungsträgers oder seiner Mitarbeiter entstanden ist.

Selbstauskunftsbogen zur Aufnahme in einer unserer Mutter/ Vater-Kind-Kliniken

Wir kümmern uns um Ihre Gesundheit.

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, damit wir Ihnen eine auf Ihre Bedürfnisse angepasste Maßnahme anbieten können. Ihre Angaben sind freiwillig, durch das Nichtausfüllen entstehen Ihnen keine Nachteile. Dieser Fragebogen wird von uns nicht an die Krankenkassen weitergeleitet.

Sozialanamnese:

Vorname, Name		Geburtsdatum		Familienstand	
Wohnort		Handynummer		Anzahl der Kinder	
Alter der Kinder		Besteht eine Schwangerschaft?			
Größe		Gewicht		<input type="checkbox"/> ja, errechneter Geburtstermin: <input type="checkbox"/> Nein	
Erlerner Beruf		z.Zt. ausgeübte Tätigkeit		Std. pro Woche	
Derzeit in Elternzeit?		Notfallkontakt (Name und Telefonnummer)			
<input type="checkbox"/> Ja, bis zum:		<input type="checkbox"/> Nein			

Ich leide an folgenden Gesundheitsstörungen / Beschwerden:

Stärke 1 = schwach Stärke 4 = stark	Keine	1	2	3	4	Seit...Monaten
Kopfschmerzen						
Rückenschmerzen						
Sonstige Schmerzen: wo?						
Magen-Darm-Probleme						
Schlafstörungen						
Ständige Müdigkeit						
Essstörungen						
Starke Erschöpfung						
Angstgefühl						
Niedergeschlagenheit						
Stimmungsschwankungen						
Lustlosigkeit						
Gereiztheit						
Aggressivität/Feindseligkeit						
Unruhe						
Vergesslichkeit						
Konzentrationsstörungen						
Paarkonflikte						
Erziehungsschwierigkeiten						
Soziale Rückgezogenheit						
Klaustrophobie						
Höhenangst						

Welches sind zur Zeit Ihre größten Sorgen und Probleme?

Welche Probleme ergeben sich im Alltag:

Ich fühle mich in der Lage:	voll	meistens	teils	selten	gar nicht
Meine täglichen Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen					
Meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen					
Mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen					
Ausreichend auf meine Gesundheit zu achten					
Regelmäßig für mich/meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten					
Den Haushalt zu erledigen					
Familienmitgliedern zu helfen					
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe/Entspannung)					
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten					
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter / als Vater anerkannt und gewürdigt					
Ich fühle mich der Erziehung meiner Kinder gewachsen					

Bestehen belastende Kontextfaktoren, z.B.:

Pflegebedürftige Angehörige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Tod eines nahen Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Chronische Krankheit von Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Entwicklungsverzögertes/behindertes Kind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Beengte Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Bewegungsmangel und Fehlhaltung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Fehlernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Partner-/Eheprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Akute Trennungsphase	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:
Suchtprobleme in der Familie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ergänzung:

Treten durch die Beschwerden auch Probleme im Berufsalltag auf bezüglich:

Leistungsfähigkeit
 Beziehungen zu Kollegen
 Vorgesetzten

Weitere Informationen:

Welche Behandlungen und Hilfen haben Sie bisher wegen Ihrer Beschwerden in Anspruch genommen?

<input type="checkbox"/> Fachärztliche/Ärztliche Hilfe	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Sonstige:
Weitere Informationen			

Wer hat Ihnen zu einer Vorsorge-/Reha-Maßnahme geraten:

<input type="checkbox"/> Fach-/Hausarzt	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Eigene Motivation	<input type="checkbox"/> Familie/Freunde
---	--	--	--

Gesundheitsverhalten:

Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:					<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Raucherin/Raucher?	<input type="checkbox"/> Ja, seit:		wieviele pro Tag?		<input type="checkbox"/> Nein	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja		wieviel?		<input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Ja					<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente ein?	Dosis:	Morgens:	Mittags:	Abends:	Nachts:	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:						
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien/Sonderkostwünsche? <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein						

Was möchten Sie in der Zeit in unserer Klinik erreichen? Bitte formulieren Sie Ihre persönlichen Ziele:

1.
.....
2.
.....
3.
.....

Familienanamnese:

Leben Sie zur Zeit in einer festen Partnerschaft?

Ja, seit: Nein

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuelle Partnerschaft
(wie gehen wir miteinander um, wie zufrieden bin ich, wie verteilen wir Alltagsaufgaben etc.):

Durch wen und wie oft erhalten Sie Unterstützung in Ihrem Alltag?

Weitere Informationen:

Bitte beschreiben Sie Ihr/e Kind/er:

Name/Alter:	Was ist typisch für Ihr Kind:	Probleme und Sorgen:
-------------	-------------------------------	----------------------

	Name des Kindes (bei mehreren Kindern bitte Rückseite verwenden oder Blatt hinzufügen):
Welche Einrichtung besucht Ihr Kind zur Zeit? (bitte Klasse angeben)	
Bestehen Auffälligkeiten (z.B. motorische oder Verhaltensauffälligkeiten)?	
Wie selbstständig ist Ihr Kind (z.B. Toilettengang, Ankleiden usw.)?	
Wie ist die motorische Entwicklung? Bestehen Defizite? (Sehbehinderung, Hörbehinderung, Gehbehinderung)?	
Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel, wie z.B. einen Rollstuhl o.ä.?	
Wie weit kann sich Ihr Kind sprachlich mitteilen?	
Bestehen Besonderheiten beim Essen oder Trinken?	
Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Falls ja, welche?	
Bekommt Ihr Kind Medikamente? Falls ja, welche und wofür sind diese? Dosierung?	
Leidet Ihr Kind unter Epilepsie oder sonstigen Anfallsleiden? Falls ja, wie häufig? Medikamentös eingestellt?	

Bei Behinderung eines Kindes

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Behindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Ja, mit Grad der Behinderung:				<input type="checkbox"/> Nein
Gruppen/Kindertagenerfahrung?	<input type="checkbox"/> Ja				<input type="checkbox"/> Nein
Integrationskind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schulbegleiter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonderpädagogische Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Förderschule?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ergänzungen / Anmerkungen zu Ihrer Situation, die für uns wichtig sein könnten:

Falls Platz nicht ausreicht, bitte um ein Blatt ergänzen

Datum	Unterschrift Mutter/Vater:
-------	----------------------------