

**Selbstauskunftsbogen zur Beantragung einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für Mütter / Väter mit Kind (§§ 24/41 SGB V)**

(ggf. zusätzl. Blätter verwenden!)

.....  
(Name, Vorname)

geb. ....  
(Geburtsdatum)

**1. Familienstand:** ..... **alleinerziehend:**  Ja  Nein  
**in Partnerschaft lebend:**  Ja  Nein

**2. Wegen welcher Beschwerden und / oder Problemen wird die Maßnahme hauptsächlich beantragt?**

**3. Welche Probleme ergeben sich daraus im Alltag?**

**4. Was soll durch die Maßnahme verbessert/verändert werden?**

**5. Welche Behandlungen/Therapien wurden innerhalb der letzten 12 Monate durchgeführt? / Welche Fachärzte wurden aufgesucht?**

**6. Welche Maßnahmen/Aktivitäten wurden von Ihnen privat innerhalb der letzten 12 Monate durchgeführt?**

**7. Sind Sie berufstätig?**  Ja  Nein Erziehungsurlaub bis \_\_\_\_\_  
Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden, ausgeübt seit: \_\_\_\_\_  
**Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?** \_\_\_\_\_  
Bemerkungen zur Arbeitssituation: \_\_\_\_\_

**8. Sind in den letzten Monaten Fehlzeiten aufgetreten?**  Nein  Ja, etwa \_\_\_\_Tage  
**Wie waren diese Fehlzeiten begründet?**  
 eigene Erkrankung  Erkrankung der Kinder  andere gesundheitliche Probleme innerhalb der Familie

**Selbstauskunftsbogen zur Beantragung einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für Mütter / Väter mit Kind (§§ 24/41 SGB V)**

(ggf. zusätzl. Blätter verwenden!)

**9. Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine Kur durchgeführt?**  Ja  Nein  
Wenn ja, vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Kostenträger: \_\_\_\_\_

**10. Gibt es in Ihrem privaten Bereich belastende Umstände** (z.B. Trennung, Arbeitslosigkeit, pflegebedürftige Angehörige)?  
 Nein  Ja \_\_\_\_\_

**11. Liegen bei Ihnen gesundheitliche Risikofaktoren vor?**  
 Übergewicht  Bewegungsmangel  Rauchen, \_\_\_ Zigaretten/Tag  
 Alkohol  Stress  Gefährdung der Entwicklung eines Kindes / Jugendlichen  
 Konstitution. Neigung zu rezid. somat. Erkrankungen  sonstige \_\_\_\_\_

**12. Liegen bei Ihnen psychosoziale Risikofaktoren vor?**  
 ständiger Zeitdruck  Erziehungsschwierigkeiten  Partner-/Eheprobleme  
 Soziale Isolation  Beengte Wohnverhältnisse  Schwierigkeiten bei der Problembewältigung  
 eigene Arbeitslosigkeit / Arbeitslosigkeit des Partners  sonstige \_\_\_\_\_

**13. Liegen bei Ihnen Befindlichkeitsstörungen oder Regulationsstörungen vor?**  
 Kopfschmerzen  Stimmungsschwankungen  Unruhe und Angstgefühle  
 Lustlosigkeit  Schlafstörungen  Dauernde Müdigkeit  
 Niedergeschlagenheit  sonstige \_\_\_\_\_

**14. Sollen ein oder mehrere Kinder Sie bei der Kurmaßnahme begleiten?**  Ja  Nein  
Falls die Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, geben Sie bitte Namen und Geburtsdaten der Kinder an:  
1. \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)  
2. \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)  
weitere: \_\_\_\_\_

**15. Liegt bei einem der Kinder ebenfalls eine Erkrankung vor, welche durch die Kurmaßnahme gebessert werden soll?**  
1.  Nein  Ja \_\_\_\_\_ (Erkrankung)  
2.  Nein  Ja \_\_\_\_\_ (Erkrankung)  
weitere: \_\_\_\_\_

**16. Wie oft waren Sie mit dem Kind/Kindern in den letzten 12 Monaten wegen Erkrankung in ärztlicher oder/und klinischer Behandlung?**  
1. etwa \_\_\_\_\_ Arztbesuche \_\_\_\_\_ Tage Krankenhausaufenthalt  
2. etwa \_\_\_\_\_ Arztbesuche \_\_\_\_\_ Tage Krankenhausaufenthalt  
weitere: \_\_\_\_\_

**17. Was soll durch die Kur für Ihr Kind/Ihre Kinder verbessert werden?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift