



SELBSTAUSKUNFTSBOGEN zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter / Väter und Kinder (§§ 24 / 41 SGB V)

Hinweis: Dieser Bogen wird an die Krankenkasse weitergeleitet

Name, Vorname	geb.:
Adresse	Telefon
Krankenkasse	Mail

1. Letzte Mutter-/Vater-Kind-Kur: noch nie ja, im Jahr: _____

2. Berufliche Situation:
 berufstätig: Stunden/Woche nicht berufstätig Elternzeit Student*in / in Ausbildung

3. Gesundheitliche Probleme:

<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Rücken-/Nacken-/Schulterbeschwerden
<input type="checkbox"/> Traurigkeit	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme
<input type="checkbox"/> Angstgefühle	<input type="checkbox"/> Unter-/Übergewicht: _____ cm, _____ kg
<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	

Weitere Beschwerden:

.....

.....

4. Belastende Lebensumstände:

<input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> Partnerschaftsprobleme
<input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung	<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung/Anerkennung
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> Trennung/Scheidung
<input type="checkbox"/> Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> Konflikte wegen Umgang/Sorgerecht
<input type="checkbox"/> Diskriminierungserfahrung	<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Migration	<input type="checkbox"/> Schulsituation des Kindes
<input type="checkbox"/> keine familiäre Hilfe	<input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung/Förderbedarf des Kindes
<input type="checkbox"/> fehlende Kontakte/Freundschaften	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigung/Pflegegrad des Kindes
<input type="checkbox"/> schwierige Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Erkrankung des Kindes
<input type="checkbox"/> eigene Arbeitslosigkeit oder die des Partners/der Partnerin	<input type="checkbox"/> Erkrankung/Pflegebedürftigkeit von Angehörigen
<input type="checkbox"/> Geldsorgen	<input type="checkbox"/> Todesfall in der Familie

Sonstiges:

.....

.....

5. Wie wirkt sich meine Belastung auf die Beziehung zu meinem Kind/meinen Kindern aus?

.....

.....

.....

6. Medizinische Behandlungen (in den letzten ca. 12 Monaten):

- Physiotherapie
- Rückenschule
- Massagen
- Entspannungstechnik
- Psychotherapie
- Ernährungsberatung
- Sonstiges:

- Krankenhausaufenthalt, wann und warum:
- Medikamente:

7. Unterstützungsangebote (in den letzten ca. 12 Monaten):

- Psychologische Beratung
- Ehe- & Paarberatung
- Erziehungsberatung
- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Schuldenberatung
- Selbsthilfegruppe
- Sonstiges:

8. Meine Ziele für die Mutter-/Vater-Kind-Vorsorgemaßnahme:

9. Ich habe insgesamt ____ Kind/er.

Diese Kinder sollen mich begleiten:

1. Name, Vorname _____ geb.: _____

2. Name, Vorname _____ geb.: _____

3. Name, Vorname _____ geb.: _____

4. Name, Vorname _____ geb.: _____

10. Mein Kind hat eine Erkrankung:

Kind 1 Nein Ja _____

Kind 2 Nein Ja _____

Kind 3 Nein Ja _____

Kind 4 Nein Ja _____

Ort, Datum

Unterschrift