



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

Name, Vorname	geb.:
Adresse	Telefon:
Krankenkasse	Versicherungsnr.:

1. Familienstand:
 verheiratet in Lebensgemeinschaft verwitwet allein erziehend getrennt lebend

2. Berufliche Situation:
 berufstätig Vollzeit Teilzeit ___ Stunden/wöchentlich Schichtarbeit
 Studentin / in Ausbildung
 nicht berufstätig Elternzeit Mutter / Vater und Hausfrau / Hausmann erwerbslos

3. Gesundheitliche Situation:

Befindlichkeitsstörungen, ich leide an/unter:	persönliche Stressfaktoren, die mich belasten:
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung
<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme
<input type="checkbox"/> ständige Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Trennung / Scheidung
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> eigene Erwerbslosigkeit
<input type="checkbox"/> Unter-/Übergewicht	<input type="checkbox"/> soziale Isolation
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühle	<input type="checkbox"/> alleinerziehend/keine familiäre Hilfe
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen / Schulden
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> chronische Erkrankung von Angehörigen
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Angehörigen
	<input type="checkbox"/> behindertes / entwicklungsverzögertes Kind
	<input type="checkbox"/> Todesfall in der Familie
	<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige
	<input type="checkbox"/> Sonstiges

4. Gesundheitliche Beschwerden aus meiner Sicht:

Krankenhausaufenthalt , wann u. warum:
Medikamente:

5. Psychosoziale Belastungsfaktoren:

6. Welche Probleme ergeben sich aus den gesundheitlichen Beschwerden im Alltag und für meine Mutter- / Vaterrolle?

7. Name und Fachrichtung der behandelnden Ärzte:

8. Meine letzte Mutter- / Vater-Kind-Kur war: noch nie vor Jahren

9. Welche medizinischen Behandlungen oder Maßnahmen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten zwölf Monaten durchgeführt?

Physiotherapie Rückenschule Massagen
 Psychotherapie Entspannungstechnik Sonstiges

10. Privat durchgeführte Maßnahmen:

Sport Sauna / Schwimmen Naturheilkundliche Behandlung
 Selbsthilfegruppe Ehe- und Paarberatung Erziehungsberatung
Sonstiges:

11. Welche Ziele verfolge ich mit der Maßnahme?

12. Welche Kinder sollen Sie bei der Kurmaßnahme begleiten?

1. Name, Vorname _____ geb.: _____
2. Name, Vorname _____ geb.: _____
3. Name, Vorname _____ geb.: _____
4. Name, Vorname _____ geb.: _____

13. Liegt bei einem der Kinder ebenfalls eine Erkrankung / Auffälligkeit vor?

Kind 1 Nein Ja _____
Kind 2 Nein Ja _____
Kind 3 Nein Ja _____
Kind 4 Nein Ja _____

14. Was soll durch die Kur für Ihr Kind / Ihre Kinder verbessert werden?

15. Besondere Anforderungen an die Fachklinik:

Ort, Datum

Unterschrift