

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 Elternzeit 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?

<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/> Rauchen, ___ Zigaretten/Tag
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Gefährdung der Entwicklung eines Kindes / Jugendlichen
<input type="checkbox"/> Konstitution. Neigung zu rezid. somat. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

12. Liegen bei Ihnen psychosoziale Risikofaktoren vor?

<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Partner-/Eheprobleme
<input type="checkbox"/> Soziale Isolation	<input type="checkbox"/> Beengte Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung
<input type="checkbox"/> eigene Arbeitslosigkeit / Arbeitslosigkeit des Partners	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

13. Liegen bei Ihnen Befindlichkeitsstörungen oder Regulationsstörungen vor?

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühle
<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Dauernde Müdigkeit
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/> 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 / den Kindern in den letzten 12 Monaten wegen Erkrankungen 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