



## Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation (nach §§ 24, 41 SGB V) für Mütter/ Väter und Kind/Kinder

Name: \_\_\_\_\_ Krankenkassen-  
Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Geburtsdaten Kind / Kinder:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Lebenssituation:

- verheiratet   
  verwitwet   
  geschieden   
  alleinerziehend   
  in Partnerschaft   
  ledig  
 Schwangerschaft  ja         nein

### **Berufliche Situation / Tätigkeit**

.....Std. in der Woche

- Mutter und Hausfrau                     
  Elternzeit                                     
  arbeitslos seit.....

Ich erlebe die Berufstätigkeit eher als                       belastend                                       entlastend

Bemerkungen:  
.....

### Gesundheitliche Situation:

**Gesundheitliche Beschwerden** (aus meiner Sicht) in den letzten 12 Monaten (in Stichworten):

.....  
.....  
.....

### Gesundheitliche Befindlichkeitsstörungen / Regulationsstörungen psycho-vegetativer Funktionen:

Ich leide seit	Wochen	Monaten	Jahren	an/unter
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ständiger Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> .....				

Welche Probleme ergeben sich aus den gesundheitlichen Beschwerden für meinen Alltag (z. B. Schwierigkeiten tägliche Aufgaben zu erledigen, anstehende Entscheidungen zu treffen, auf die Gesundheit zu achten, in der Beziehung zu den Kindern und/oder Partnern, Kontakte zu Freunden zu pflegen, Hobbys nachzugehen).....

Name/ Anschrift der Hausärztin / des Hausarztes:

Ich nehme zurzeit folgende Medikamente (bitte auch naturheilkundliche Medikamente angeben):

Meine letzte Kurmaßnahme war:  noch nie  vor ..... Jahren

Verlauf:  positiv, weil .....

negativ, weil .....

**Belastende Begleitumstände und Kontextfaktoren:**

- Partner- / Ehe-Probleme
- pflegebedürftige Angehörige
- Tod eines nahen Angehörigen
- chronische Krankheit von Angehörigen
- Suchtproblematik von Familienangehörigen
- entwicklungsverzögerte/s / behinderte/s Kind/er
- finanzielle Sorgen / Schulden / Arbeitslosigkeit in der Familie
- Wohnverhältnisse
- .....

**Persönliche Risikofaktoren, die mich belasten, sind**

- ständiger Zeitdruck
- Schwierigkeiten bei Problembewältigung
- Erziehungsschwierigkeiten
- eigene Arbeitslosigkeit
- soziale Isolation
- Probleme am Arbeitsplatz
- Bewegungsmangel und Fehlhaltung
- Fehlernährung
- Unter-/Übergewicht
- RaucherIn
- .....

Erläuterungen: .....

**Unterstützungen die ich in Anspruch nehmen kann**

- Hilfe im Haushalt
- Ambulante Dienste
- Kinderbetreuung

**Bisherige Maßnahmen am Wohnort** (in den letzten 12 Monaten):

*Medizinische Maßnahmen:*

Fachärztliche Behandlung, seit wann und warum.....

*Privat durchgeführt:*

- Sportliche Betätigung
- naturheilkundliche Behandlung
- Ehe- und Familienberatung
- Sonstiges
- Sauna/ Schwimmen
- Selbsthilfegruppe
- Erziehungsberatung

Gründe, warum bisher keine bzw. keine weiteren medizinisch notwendigen oder privaten Maßnahmen durchgeführt worden sind:

.....  
.....

Meine Kurzziele sind

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wünsche bezüglich der Einrichtung

- Mutter-Kind-Klinik
- Müttergenesungsklinik
- Kleine Einrichtung
- Besondere Therapieangebote .....
- Aufnahme nur von Frauen
- christlich orientierte Einrichtung
- Aufnahme inkl. Mittagsbetreuung von Babys und Kleinstkindern

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Daten allen im Rahmen des Antragsverfahren Beteiligten sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zugänglich gemacht werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten