

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 seit.....	Elternzeit	arbeitslos
----------------------------------	------------	------------

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"/>				
<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.....

.....

Hausärztliche Behandlung, seit wann und warum

.....

Krankenhaus, Wann und warum

.....

Krankengymnastik: wie viel / wann:

.....

Massagen wie viel / wann:

.....

Rückenschule wie viel / wann:

.....

Psychotherapie seit wann:

.....

Anlage zum Selbstauskunftsbogen von _____

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

Name und Adresse des Kindes: _____ geb.: _____

Name und Adresse Kinderärztin/Kinderarzt:

		Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
<input type="checkbox"/>	Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/>	Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/>	Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/>	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/>	Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/>	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/>	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und/oder Kindergartenerfahrung	

Zusätzliche Angaben: _____