

Ergänzende Angaben

zum Antrag für eine stationäre Mutter / Vater & Kind-Kur

Name des Patienten Geburtsdatum

Krankenkassen-Versicherungs-Nummer

Geburtsdatum des Kindes / der Kinder

Straße PLZ, Ort

Lebenssituation: verheiratet verwitwet geschieden
 allein erziehend in Partnerschaft ledig

Berufliche Situation berufstätig als:
 Haupttätigkeit – Anzahl der Stunden pro Woche:
 Nebentätigkeit – Anzahl der Stunden pro Woche:
 arbeitslos seit:
 nicht berufstätig Hausfrau/Hausmann Elternzeit

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

Gesundheitliche Befindlichkeitsstörungen

Ich leide seit

Wochen	Monaten	Jahren	an / unter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> _____

Ergänzende Angaben

zum Antrag für eine stationäre Mutter / Vater & Kind-Kur

Welche Probleme ergeben sich aus den gesundheitlichen Beschwerden für meinen Alltag?
(z.B. Tagesablauf, Beziehung zu den Kindern, Partnerschaft)

Name / Anschrift der Hausärztin / des Hausarztes:

Haben Sie in den letzten 3 Monaten regelmäßig Medikamente eingenommen?

Nein Ja, und zwar _____

Wurde in den letzten 4 Jahren eine Kurmaßnahme durchgeführt?

Nein Ja, Ort und Zeitraum _____

Belastende Begleitumstände und Kontextfaktoren:

- Partner- / Ehe-Probleme pflegebedürftige Angehörige
 Tod eines nahen Angehörigen chronische Krankheit von Angehörigen / Kindern
 Suchtproblematik von Familienangehörigen beengte Wohnverhältnisse
 Schichtarbeit allein erziehend
 entwicklungsverzögertes oder behindertes Kind / entwicklungsverzögerte oder behinderte Kinder
 finanzielle Sorgen / Schulden / Arbeitslosigkeit in der Familie

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

Ergänzende Angaben

zum Antrag für eine stationäre Mutter / Vater & Kind-Kur

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 und wann _____

Massagen, wie viel und wann _____

Rückenschule, wie viel und wann _____

Psychotherapie, seit wann _____

Privat durchgeführte Maßnahmen:

Gymnastik sportliche Betätigung Sauna / Schwimmen

Naturheilkundliche Behandlung Selbsthilfegruppe

Gesprächsberatung: Ehe- und Paarberatung Erziehungsberatung

Maßnahmen mit dem Kind / den Kindern:

Mutter-Kind-Turnen Erziehungsberatung Kinderbetreuungsangebote

Gründe, warum bisher keine weiteren medizinisch angeordneten / privaten Maßnahmen durchgeführt wurden:

Ergänzende Angaben

zum Antrag für eine stationäre Mutter / Vater & Kind-Kur

Mein wichtigstes Ziel während der Maßnahme ist

weitere Ziele sind:

Wünsche bezüglich der Einrichtung:

kleine Einrichtung Reizklima

besondere Therapieangebote

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung notwendigen Unterlagen an den Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen bzw. an die Klinik weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift Versicherte/r

Ergänzende Angaben

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

Angaben zum Kind Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Name des Kinderarztes / der Kinderärztin

Straße PLZ, Ort

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-Beziehungen	
<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	
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Angaben:	