

Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf medizinische Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter/Väter oder Mutter/Vater und Kind

Die Erhebung der Daten erfolgt aufgrund § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Durch die Beantwortung der Fragen helfen Sie uns bei der Beurteilung Ihres Antrags weiter.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Familienstand: ledig in Lebensgemeinschaft verheiratet / Lebenspartnerschaft
nach dem LPartG
 geschieden verwitwet

Kinder: Anzahl: _____ Alter: _____

Schildern Sie bitte Ihre Beschwerden:

Welche Probleme ergeben sich aus den genannten Beschwerden für Sie im Alltag?

Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten zwölf Monate. Geben Sie bitte auch die Anschrift und die Fachrichtung der Ärzte an.

Welche medizinischen Behandlungen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten zwölf Monaten durchgeführt?

- Hausärztliche Behandlung
- Fachärztliche Behandlung
- Krankengymnastik
- Andere physikalische Therapien (z.B. Massagen, Wärmeanwendungen, ...)
- Elektrotherapie
- Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)
- Logopädie (Sprach- / Sprechtherapie)
- Psychotherapie
- Patientenschulung
- Rehabilitationssport / Funktionstraining
- Hilfsmittelverordnungen, welche? _____
- Sonstige: _____

Haben Sie evtl. darüber hinaus noch etwas zur Linderung Ihrer Beschwerden unternommen (z.B. Entspannungstraining, Heilpraktikerbehandlung, Sport, Gymnastik, Akupunktur, ...)?

Nehmen Sie bedarfsweise/regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente ein?

Nein Ja → welche und wie oft?

Nehmen Sie gelegentlich/regelmäßig Medikamente ein, die nicht ärztlich verordnet sind?

Nein Ja → welche und wie oft?

Belastet Sie einer oder mehrere der folgenden Umstände?

- Ehe- / Partnerschaftskonflikte
- Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes
- Häufige oder chronische Krankheiten der Kinder
- Arbeitslosigkeit
- Allein erziehend
- Beengte Wohnverhältnisse
- Finanzielle Sorgen
- 3-Schichtdienst
- Sonstiges: _____

Konnten Sie – bei entsprechendem Bedarf – in den letzten zwölf Monaten eine oder mehrere der folgenden entlastenden Beratungsangebote in Anspruch nehmen?

- Familien-/Ehe-/Erziehungsberatung
- Konfliktberatung
- Suchtberatung
- Familienentlastende Dienste
- Schuldnerberatung
- Selbsthilfegruppe, welche? _____
- Sonstige: _____
- Keine

Was erwarten Sie für sich von der Mütter-/Väter- der Mutter-/Vater- und Kind Kur?

(Ziele der Maßnahme)

Wie oft hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakte zu Angehörigen und Freunden?

Erhalten Sie regelmäßig oder bei Bedarf Unterstützung bei der Versorgung von Haushalt und Kinder?

- ja
- nein

Nutzen Sie örtliche Angebote der Kinderbetreuung wie z.B.

- Kindergarten
- Kindertagesstätte
- Tagesmutter
- Spielkreis
- Sonstige: _____
- Keine

Welche Hobbys/Interessen hatten Sie früher?

Welche üben Sie heute noch regelmäßig aus?

Welchen Beruf/welche Berufe haben Sie erlernt?

Haben Sie in diesem Beruf/diesen Berufen einen anerkannten Abschluss? ja nein

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____, _____ **Std./Woche, Schichtdienst:** ja nein

↳ **Selbstständig:** ja nein

- Hausfrau seit wann: _____
- Erziehungsurlaub seit wann: _____
- Arbeitslos seit wann: _____
- Arbeitsunfähig (krank geschrieben) seit wann: _____

Empfinden Sie Ihre Berufstätigkeit

- eher entlastend?
- eher belastend?

Wer hat Ihnen zu einer Mütter / Väter bzw. Mutter- / Vater- und Kind-Kur geraten?

Waren für die Antragstellung

- Ihre eigenen gesundheitlichen Probleme oder
- die eines der Kinder

ausschlaggebend?

Folgende Besonderheiten sind bei mir zu beachten:

Sollten Sie während der letzten vier Jahre eine Kur durchgeführt haben, dann geben Sie bitte an, ob und für welchen Zeitraum die Besserung Ihrer Beschwerden angehalten hat.

Ort/Datum

Unterschrift