

Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge / Rehabilitation für Mutter & Kind nach §§ 24, 41 SGB V

Name, Vorname:			
Geb. Datum:			
Anschrift:			
PLZ:			
Telefon- / Handynummer:			
E-Mail-Adresse:			
Krankenkasse			
Versicherten-Nr.:			
Anzahl der Kinder:			
Meine letzte Vorsorge-/ Rehabilitationsmaßnahme war: ☐ noch nie ☐ vor _____ Jahr/en			
1. Lebenssituation			
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ in Partnerschaft lebend ☐ allein erziehend ☐ geteiltes Sorgerecht ☐ ich habe eine/n Betreuer*in			
Körpergröße in _____ cm / Gewicht in _____ kg			Besteht eine Schwangerschaft? ja ☐ nein ☐ Entbindungstermin: _____
Berufliche Situation:			
☐ Berufliche Situation: _____ in ☐ Vollzeit in ☐ Teilzeit (_____ Std. / Woche) ☐ besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst usw.)			
2. Gesundheitliche Situation			
Ich leide an	Wie wirkt sich das im Alltag aus		
☐ Kopfschmerzen / Migräne			
☐ Müdigkeit / Erschöpfung			
☐ Niedergeschlagenheit / Antriebslosigkeit			
☐ Unruhe und Angstgefühl			
☐ Freudlosigkeit			
☐ Stimmungsschwankungen / Gereiztheit			
☐ depressiven Verstimmungen			
☐ Konzentrationsstörungen / Vergesslichkeit			
☐ Panikattacken			
☐ gelegentliches "Wegsdriften"			
☐ lebensmüde Gedanken			
☐ Schlafstörungen			
☐ Essstörungen			
☐ Magen-Darm-Problemen			
☐ Diabetes Mellitus	<u>Typ:</u> _____		
☐ Rückenbeschwerden	<u>Welche:</u> _____		
☐ Allergien	<u>Welche:</u> _____		
☐ Asthma Bronchiale / COPD	<u>Welche:</u> _____		
☐ Herzerkrankungen	<u>Welche:</u> _____		
☐ Suchtproblem			
☐ Sonstige gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten:			

Ich fühle mich in der Lage	immer	meistens	selten	gar nicht
Meine alltäglichen Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen	☐	☐	☐	☐
Meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen	☐	☐	☐	☐
Mit schwierigen Situationen umzugehen und diese zu bewältigen	☐	☐	☐	☐
Ausreichend auf meine Gesundheit zu achten	☐	☐	☐	☐
Regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten	☐	☐	☐	☐
Den Haushalt zu erledigen	☐	☐	☐	☐
Andere Menschen zu unterstützen	☐	☐	☐	☐
Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu	immer	meistens	selten	gar nicht
Kind(ern)	☐	☐	☐	☐
Partner* in	☐	☐	☐	☐
Eltern und Geschwistern	☐	☐	☐	☐
Freunden und Bekannten	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich belastet durch	immer	meistens	selten	gar nicht
Probleme am Arbeitsplatz	☐	☐	☐	☐
Angst vor eigener Arbeitslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Angst vor Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	☐	☐	☐	☐
Eigene Erkrankung / Probleme	☐	☐	☐	☐
Erkrankung / Probleme von Angehörigen	☐	☐	☐	☐
Finanzielle Sorgen / Schulden	☐	☐	☐	☐
Probleme in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐
Lebensmüde Gedanken	☐	☐	☐	☐
Trifft zu	immer	meistens	selten	gar nicht
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich ausreichend unterstützt von meine/r/m Partner*in (nur bei Partnerschaft)	☐	☐	☐	☐
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe und Entspannung)	☐	☐	☐	☐
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter / Vater anerkannt und gewürdigt	☐	☐	☐	☐

4. belastende Kontextfaktoren		(bitte näher beschreiben)
☐ pflegebedürftige Angehörige		
☐ Tod oder schwere Krankheit eines nahen Angehörigen		
☐ akute Trennungsphase		
☐ mangelnde Unterstützung / Anerkennung		
☐ Behinderung des Kindes		
☐ Probleme der Kinder		
☐ Erziehungsschwierigkeiten		
☐ ständiger Zeitdruck / Stress		
☐ Bewegungsmangel		
☐ Fehlernährung		
☐ Unter- / Übergewicht		
☐ Sprachprobleme, bei anderer Muttersprache		
☐ eigene Suchtproblematik	☐ täglich ☐ Was _____ ☐ Menge _____	
☐ ich konsumiere regelmäßig Alkohol	☐ täglich ☐ Was _____ ☐ Menge _____	
☐ ich bin Raucher*in	<u>Menge:</u>	
☐ ich konsumiere _____	☐ täglich ☐ _____	
5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort		
☐ Hausärztliche Behandlung ☐ warum ☐ seit _____		
☐ Ich befinde mich aktuell in fachärztlicher Behandlung ☐ Facharzt: _____ ☐ bitte fügen Sie Facharztberichte jünger als 12 Monate anbei		
Ich werde am Wohnort unterstützt durch: (Pflichtfeld) ☐ Familienhilfe _____h/ Woche ☐ Elternhilfe ☐ Dolmetscher / Sprachmittler ☐ Pflegedienst ☐ Angehörige ☐ _____		
Ärztlich verordnete Maßnahmen		(bitte näher beschreiben)
☐ Krankengymnastik		
☐ Massagen		

☐ Rückenschule	
☐ Psychotherapie	
☐ sonstiges	<u>Was</u>
Eigene durchgeführte Maßnahmen (bitte näher beschreiben)	
☐ Sport	<u>Was:</u>
☐ Schwimmen	
☐ Mutter / Vater – Kind -Turnen	
☐ Entspannungskurs	<u>Was:</u>
☐ Homöopathische Behandlung	
☐ Selbsthilfegruppe	
☐ Paar- /Familienberatung	
☐ Suchtberatung	
☐ sonstiges	
6. Vorsorge- /Rehabilitationsziele	
Folgendes möchte ich für mich erreichen: • _____ • _____ • _____	
Folgendes möchte ich für meine Kinder erreichen: • _____ • _____ • _____	
7. Wünsche an die Einrichtung	
☐ behindertengerechte Ausstattung ☐ sonstiges _____	
8. Im Notfall zu benachrichtigen:	
9. Erklärung	
<i>Ein wichtiger Hinweis von unserer Seite: Sollten sich bis zum geplanten Termin wesentliche Veränderungen in Bezug auf Ihre gesundheitliche Situation oder die Ihres Kindes (hier auch Veränderungen in der Betreuungssituation) ergeben, bitten wir Sie uns vor Beginn der Maßnahme telefonisch zu informieren.</i> Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Ich bin einverstanden, dass diese Daten auch der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung bzw. der Beratungsstelle zugänglich gemacht werden. _____ Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin	

