



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

Name, Vorname:		
Geb. Datum:		
Anschrift:		
PLZ / Ort:		
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 ☐ alleinerziehend
☐ geteiltes Sorgerecht ☐ ich habe eine/n Betreuer*in

Körpergröße in _____ cm / Gewicht in _____ kg

Berufliche Situation:

☐ Berufliche Situation: _____ in ☐ Vollzeit in ☐ Teilzeit (_____ Std. / Woche)
☐ besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst usw.)

Besteht eine Schwangerschaft?

ja ☐ nein ☐

Entbindungstermin: _____

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 „Wegdriften“	
☐ Gedanken, mir das Leben zu nehmen	
☐ 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	<u>Welche:</u> _____
☐ Mangel- oder Fehlernährung	<u>Welche:</u> _____
☐ 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	☐	☐	☐	☐
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 akzeptiert und respektiert	☐	☐	☐	☐

4. belastende Kontextfaktoren (bitte näher beschreiben)	
☐ pflegebedürftige Angehörige	Wenn ja, wer wird gepflegt: _____
☐ Tod / Krankheit eines nahen Angehörigen	Wenn ja, wer _____ wann _____
☐ akute Trennungsphase	
☐ mangelnde Unterstützung / Anerkennung	
☐ Behinderung des Kindes	
☐ Probleme der Kinder	
☐ Erziehungsschwierigkeiten	
☐ ständiger Zeitdruck / Stress	
☐ Bewegungsmangel	
☐ Unter- / Übergewicht	
☐ Sprachverständnis bei anderer Muttersprache	Niveau ☐ A1 ☐ B1 ☐ C1
☐ eigene Suchtproblematik	☐ <i>ja</i> ☐ <i>nein</i>
☐ ich konsumiere regelmäßig	☐ <i>täglich</i> Alkohol _____ ☐ <i>Menge</i> _____ ☐ <i>täglich</i> Cannabis _____ ☐ <i>Menge</i> _____ ☐ <i>täglich</i> sonstige Drogen _____ ☐ <i>Menge</i> _____
☐ ich bin Raucher*in	☐ <i>täglich</i> ☐ <i>gelegentlich</i> ☐ <u>Menge:</u> _____
5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort	
Hausärztliche Behandlung ☐ ja ☐ nein	
☐ Ich nehme Medikamente ein, die BTM pflichtig sind ☐ wenn ja, welche _____ Dosierung _____	
☐ 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 ☐ _____	
6. Ärztlich verordnete Maßnahmen, die Sie am Wohnort durchführen (bitte näher beschreiben)	

(bitte näher beschreiben)

☐ Sport	<u>Was:</u>
☐ Schwimmen	
☐ Mutter / Vater - Kind - Turnen	
☐ Entspannungskurs	<u>Was:</u>
☐ Homöopathische Behandlung	
☐ Selbsthilfegruppe	
☐ Paar- / Familienberatung	
☐ Suchtberatung	
☐ sonstiges	

[illegible]

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