

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: <input type="checkbox"/> noch nie <input type="checkbox"/> vor _____ Jahr/en	
1. Lebenssituation	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> geteiltes Sorgerecht <input type="checkbox"/> ich habe eine/n Betreuer*in	
Körpergröße in _____ cm / Gewicht in _____ kg	
Berufliche Situation: <input type="checkbox"/> Berufliche Situation: _____ in <input type="checkbox"/> Vollzeit in <input type="checkbox"/> Teilzeit (_____ Std. / Woche) <input type="checkbox"/> besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst usw.)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> Besteht eine Schwangerschaft? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Entbindungstermin: _____ </div>	
2. Gesundheitliche Situation	
Ich leide an	Wie wirkt sich das im Alltag aus
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne	
<input type="checkbox"/> Müdigkeit / Erschöpfung	
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit / Antriebslosigkeit	
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühl	
<input type="checkbox"/> Freudlosigkeit	
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen / Gereiztheit	
<input type="checkbox"/> depressiven Verstimmungen	
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen / Vergesslichkeit	
<input type="checkbox"/> Panikattacken	
<input type="checkbox"/> gelegentliches „Wegdriften“	
<input type="checkbox"/> Gedanken, mir das Leben zu nehmen	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Essstörungen	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Problemen	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<u>Typ:</u> _____
<input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden	<u>Welche:</u> _____
<input type="checkbox"/> Allergien	<u>Welche:</u> _____
<input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale / COPD	
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<u>Welche:</u> _____
<input type="checkbox"/> Suchtproblem	
<input type="checkbox"/> Mangel- oder Fehlernährung	<u>Welche:</u> _____
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit schwierigen Situationen umzugehen und diese zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichend auf meine Gesundheit zu achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Menschen zu unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu	immer	meistens	selten	gar nicht
Kind(ern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner* in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern und Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich belastet durch	immer	meistens	selten	gar nicht
Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor eigener Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Erkrankung / Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung / Probleme von Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Sorgen / Schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft zu	immer	meistens	selten	gar nicht
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ausreichend unterstützt von meine/r/m Partner*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe und Entspannung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter / Vater akzeptiert und respektiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. belastende Kontextfaktoren (bitte näher beschreiben)	
<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige	Wenn ja, wer wird gepflegt: _____
<input type="checkbox"/> Tod / Krankheit eines nahen Angehörigen	Wenn ja, wer _____ wann _____
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase	
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung / Anerkennung	
<input type="checkbox"/> Behinderung des Kindes	
<input type="checkbox"/> Probleme der Kinder	
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck / Stress	
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel	
<input type="checkbox"/> Unter- / Übergewicht	
<input type="checkbox"/> Sprachverständnis bei anderer Muttersprache	Niveau <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> C1
<input type="checkbox"/> eigene Suchtproblematik	<input type="checkbox"/> <i>ja</i> <input type="checkbox"/> <i>nein</i>
<input type="checkbox"/> ich konsumiere regelmäßig	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i> Alkohol _____ <input type="checkbox"/> <i>Menge</i> _____
	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i> Cannabis _____ <input type="checkbox"/> <i>Menge</i> _____
	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i> sonstige Drogen _____ <input type="checkbox"/> <i>Menge</i> _____
<input type="checkbox"/> ich bin Raucher*in	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i> <input type="checkbox"/> <i>gelegentlich</i> <input type="checkbox"/> <u>Menge:</u> _____
5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort	
Hausärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Ich nehme Medikamente ein, die BTM pflichtig sind wenn ja, welche _____ Dosierung _____	
<input type="checkbox"/> Ich befinde mich aktuell in fachärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/> Facharzt: _____ <input type="checkbox"/> bitte fügen Sie Facharztberichte jünger als 12 Monate anbei	
Ich werde am Wohnort unterstützt durch: (Pflichtfeld)	
<input type="checkbox"/> Familienhilfe _____h/ Woche	<input type="checkbox"/> Elternhilfe <input type="checkbox"/> Dolmetscher / Sprachmittler
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Angehörige
<input type="checkbox"/> _____	
6. Ärztlich verordnete Maßnahmen, die Sie am Wohnort durchführen (bitte näher beschreiben)	

7. Eigene am Wohnort durchgeführte Maßnahmen (bitte näher beschreiben)	
<input type="checkbox"/> Sport	<u>Was:</u>
<input type="checkbox"/> Schwimmen	
<input type="checkbox"/> Mutter / Vater - Kind - Turnen	
<input type="checkbox"/> Entspannungskurs	<u>Was:</u>
<input type="checkbox"/> Homöopathische Behandlung	
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	
<input type="checkbox"/> Paar- / Familienberatung	
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	
<input type="checkbox"/> sonstiges	
8. Im Notfall zu benachrichtigen:	
9. Erklärung	
<p><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></p> <p>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.</p>	
<hr/> Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin	

