

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: <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"/> allein erziehend <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.)				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Besteht eine Schwangerschaft?</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Entbindungstermin: _____</td> </tr> </table>		Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Entbindungstermin: _____
Besteht eine Schwangerschaft?				
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Entbindungstermin: _____				
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				
<input type="checkbox"/> Gereiztheit				
<input type="checkbox"/> depressiven Verstimmungen				
<input type="checkbox"/> Depressionen				
<input type="checkbox"/> lebensmüde Gedanken				
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen / Vergesslichkeit				
<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"/> <u>Sonstige gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten:</u>				

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 oft überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ausreichend unterstützt von meinem Partner*in (nur bei Partnerschaft)	<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 anerkannt und gewürdigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. belastende Kontextfaktoren		(bitte näher beschreiben)
<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige		
<input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen		
<input type="checkbox"/> schwere Krankheit von Angehörigen		
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung / Anerkennung		
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase		
<input type="checkbox"/> Probleme der Kinder		
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten		
<input type="checkbox"/> Behinderung des Kindes		
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck / Stress		
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel		
<input type="checkbox"/> Fehlernährung		
<input type="checkbox"/> Unter- / Übergewicht		
<input type="checkbox"/> eigene Suchtproblematik	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> Was _____ <input type="checkbox"/> Menge _____
<input type="checkbox"/> ich konsumiere regelmäßig Alkohol	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> Was _____ <input type="checkbox"/> Menge _____
<input type="checkbox"/> ich bin Raucher*in	<u>Menge:</u>	
<input type="checkbox"/> ich konsumiere _____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> _____
5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort		
<input type="checkbox"/> Hausärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> warum <input type="checkbox"/> seit _____		
<input type="checkbox"/> Fachärztliche Behandlung (warum, seit, Facharztbericht lege ich bei) <input type="checkbox"/> Welcher Facharzt _____ <input type="checkbox"/> Facharztbericht liegt anbei		
Ich werde am Wohnort unterstützt durch: <input type="checkbox"/> Familienhilfe _____h/ Woche <input type="checkbox"/> Elternhilfe <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> _____		

Ärztlich verordnete Maßnahmen		(bitte näher beschreiben)
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		
<input type="checkbox"/> Massagen		
<input type="checkbox"/> Rückenschule		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		
<input type="checkbox"/> sonstiges		<u>Was</u>
Eigene 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		
6. Vorsorge- /Rehabilitationsziele		
Folgendes möchte ich für mich erreichen:		
<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ 		
Folgendes möchte ich für meine Kinder erreichen:		
<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ 		
7. Wünsche an die Einrichtung		
<input type="checkbox"/> behindertengerechte Ausstattung <input type="checkbox"/> sonstiges _____		
8. Erklärung		
<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>		
<p>_____ Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin</p>		