

Sollte der Platz nicht ausreichen, ergänzen Sie Ihre Angaben bitte auf einem Extrablatt.

**Selbstauskunftsformular zum Antrag auf stationäre Leistungen
zur Vorsorge / Rehabilitation für Mütter / Väter und Kind / Kinder
nach §§ 24, 41 SGB V**

Name, Vorname		Gesamtzahl der Kinder	
Geburtsdatum		davon im Haushalt lebend	
Straße		Geburtsdaten der Kinder:	
PLZ Ort			
Krankenversicherungs-Nummer:			

Meine letzte Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme war noch nie

vor Jahren, Art der Maßnahme

1. Lebenssituation:

ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet

in Partnerschaft lebend alleinerziehend

Schwangerschaft ja

Berufliche Situation:

berufstätig als mit Std. in der Woche

Mutter und Hausfrau Elternzeit bis arbeitslos seit

2. Gesundheitliche Situation:

Gesundheitsstörungen:		seit			Bitte erläutern Sie die Auswirkungen der angekreuzten Gesundheitsstörungen in Ihrem Alltag.
Ich leide an / unter		Wochen	Monaten	Jahren	
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> ständiger Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> starker Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sonstigen Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sonstige **gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen** in den letzten 12 Monaten
(welche, wie oft, wie stark – unabhängig davon, ob ärztlich behandelt oder nicht)

3. Welche Probleme ergeben sich im Alltag

(Erläuterungen zu den angekreuzten Problemen bitte auf einem Beiblatt)

Ich fühle mich in der Lage	voll und ganz	meistens	teils, teils	selten	gar nicht
meine alltäglichen Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>				
meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen	<input type="checkbox"/>				
mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen	<input type="checkbox"/>				
ausreichend auf meine Gesundheit zu achten	<input type="checkbox"/>				
regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten	<input type="checkbox"/>				
den Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/>				
Familienmitgliedern zu helfen	<input type="checkbox"/>				
Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu	voll und ganz	meistens	teils, teils	selten	gar nicht
Kind (ern)	<input type="checkbox"/>				
Partner	<input type="checkbox"/>				
Eltern und Geschwistern	<input type="checkbox"/>				
Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich belastet durch	voll und ganz	meistens	teils, teils	selten	gar nicht
Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>				
(Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Sorgen / Schulden	<input type="checkbox"/>				
Trifft zu	voll und ganz	meistens	teils, teils	selten	gar nicht
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe / Entspannung)	<input type="checkbox"/>				
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter anerkannt und gewürdigt	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert	<input type="checkbox"/>				

4. Belastende Kontextfaktoren (personen- und umweltbezogen): Erläuterungen

<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige	
<input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen	
<input type="checkbox"/> chronische Krankheit von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen	
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	

<input type="checkbox"/> entwicklungsverzögerte/s behinderte/s Kind/er	
<input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse	
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung	
<input type="checkbox"/> Fehlernährung / Über- / Untergewicht	
<input type="checkbox"/> Probleme mit Alkohol-/ Medikamentenkonsum / Rauchen	
<input type="checkbox"/> Mangelnde Unterstützung und Anerkennung	
<input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme	
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase	
<input type="checkbox"/> starke Belastung durch gesundheitliche Probleme der Kinder	

5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort

Name und Anschrift des Hausarztes

Hausärztliche Behandlung, seit wann und warum

Fachärztliche Behandlung, seit wann und warum

Folgende Facharztberichte / andere Berichte lege ich bei

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein (unabhängig, ob ärztlich verordnet oder nicht – auch naturheilkundliche / homöopathische Präparate)

Ärztlich verordnete Maßnahmen	Erläuterungen
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	
<input type="checkbox"/> Massagen	
<input type="checkbox"/> Rückenschule	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Privat / auf eigene Kosten durchgeführte Maßnahmen Gymnastik / andere sportliche Betätigung Sauna / Schwimmen naturheilkundliche / homöopathische Selbsthilfegruppe Ehe- /Paarberatung, Einzelberatung, Erziehungsberatung Mutter-Kind-Turnen Nutzung von Kinderbetreuungsangeboten Sonstiges**6. Vorsorge- / Rehabilitationsziele aus Sicht der Mutter / des Vaters**

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für mich erreichen

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für meine Kinder erreichen

7. Wünsche bezüglich der Einrichtung kleine Einrichtung christlich orientiertes Haus Aufnahme ausschließlich von Frauen besondere Therapieangebote Sonstiges**Erklärung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Daten der Müttergenesungs-Beratungsstelle, dem medizinischen Dienst, sowie der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung im Rahmen des Antragverfahrens zugänglich gemacht werden.

.....

.....

Unterschrift Antragstellerin