

Bitte den Antrag im Original an:

Kur + Reha GmbH

Beratungsteam

Eggstraße 8

79117 Freiburg

**Ihre Anfrage für eine stationäre Mutter oder Vater-Kind-Maßnahme
für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an einer Mutter oder Vater-Kind-Maßnahme bei der Kur + Reha GmbH.

Um Ihnen die Antragstellung so einfach wie möglich zu gestalten, unterstützen wir Sie gerne. Damit wir die ausgefüllten Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse einreichen können, benötigen wir folgende Formulare:

- Einverständniserklärung
- Anmeldeformular
- Ärztliches Attest für Mutter oder Vater und ggfs. für Kinder falls behandlungsbedürftig
- Selbstauskunftsbogen (dieser Fragebogen wird von uns nicht an die Krankenkassen weitergeleitet)

Nach Vorlage aller Unterlagen können wir für Sie den Antrag bei Ihrer Krankenkasse stellen.

Die Bearbeitungsdauer beträgt in der Regel 3-6 Wochen.

Alle Informationen, die wir von Ihnen erhalten, unterliegen dem Datenschutz.

Sie dürfen sich gerne vor dem Ausfüllen der Unterlagen telefonisch an unser Beratungsteam wenden, damit wir Sie ausführlich beraten können.

Sie erreichen uns von **Montag – Freitag ab 08:00 – 19:00 Uhr** unter der kostenfreien Servicenummer 0800 2232373 oder per E-Mail an die: info@kur.org

Mit freundlichen Grüßen

Kur + Reha GmbH

Ihr Beratungsteam

Ihr Weg zur Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kur

**Wir kümmern
uns um Ihre
Gesundheit.**

1

Informationen zum Antrag

Um die benötigten Unterlagen zu erhalten, können Sie uns anrufen, eine E-Mail schreiben oder diese über unsere Website kostenfrei bestellen oder herunterladen



0800 2 23 23 73
Montag bis Freitag
8–19 Uhr. Kostenlos.



info@kur.org

2

Antragsunterlagen und Ärztliche Atteste

Sie schicken uns alle ausgefüllten Antragsunterlagen inklusive der ärztlichen Atteste im Original wieder zurück



www.kur.org

3

Prüfung und passende Klinik

Wir prüfen Ihre Unterlagen auf Inhalt und Vollständigkeit und reservieren gemeinsam mit Ihnen einen Termin in einer unserer 7 Mutter-Kind Kur Kliniken.



fb.me/kurorg

4

Wir reichen alles für Sie ein

Mit Ihrer Einverständniserklärung reichen wir die Original Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse ein und beobachten für Sie die einzuhaltenden Fristen.

5

Annahme oder Ablehnung

Bei einer Zusage der Kostenübernahme erhalten Sie die Information von Ihrer Krankenkasse. Bitte geben Sie uns diesbezüglich Bescheid. Im Falle einer Ablehnung können wir Sie in den meisten Fällen bei Ihrem Widerspruch unterstützen. Bitte auch dann eine Information an uns.

Allgemeine Informationen rund um die Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme

Was ist eine Mutter-/ Vater-Kind Maßnahme?

Es gibt zwei Arten: Eine Vorsorgemaßnahme beugt einer Erkrankung vor. (Attest Mutter = Muster 64)

Eine Rehabilitationsmaßnahme hilft eine Erkrankung zu mildern und/ oder deren Verschlimmerung abzuwenden.

(Attest Mutter = Muster 61 Teil B-D)

Wer kann bei Kur + Reha eine Mutter-/ Vater-Kind Maßnahme beantragen?

- Vater oder Mutter mit mindestens einem Kind (auch Pflegekinder, Adoptivkinder)
- Alter der Kinder: Bei Beantragung der Maßnahme unter 12 Jahre, im Einzelfall bis 14 Jahre
- Großelternteil mit Erziehungsberechtigung

Welche Indikationen sollten für eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme vorliegen?

- Erschöpfungszustände, mehrere psychosomatische Erkrankungen resultierend aus dem Familienkontext
 - körperliche und seelische Störungen
 - psychische und somatoforme Störungen im frühen Befundstadium.
- (Weitere Informationen auf dem Beiblatt für die Ärztinnen / Ärzte oder unter www.kur.org)

Wie beantrage ich eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme?

Sie schicken uns die ausgefüllten Formulare zu. Das Beratungsteam der Kur + Reha GmbH bespricht mit Ihnen eine Klinik und einen passenden Termin und reicht den Antrag bei Ihrer Krankenkasse ein.

Welche Kosten entstehen?

Der Eigenanteil beträgt 10,- Euro pro Tag / pro Erwachsener

Ausnahme: Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung durch die Krankenkassen.

Und die Fahrt-und Gepäckkosten?

Die Fahrtkosten (Bahnfahrt 2. Klasse) werden von der Krankenkasse übernommen.

Ihre Zuzahlung bei einer Vorsorge Maßnahme beträgt zwischen 5 € und 10 € pro Person (Erwachsene und Kinder).

Bei Fahrten zu einer Rehabilitations-Maßnahme entstehen keine Kosten.

Ihr Gepäck können Sie im Vorfeld per Hermes/DHL versenden. Die Kosten liegen bei Ihnen.

Und Arbeitslose oder Sozialhilfeempfänger?

Mütter/Väter, die über das Sozialamt oder das Arbeitsamt versichert sind, beantragen Ihre Maßnahme ebenfalls über die Krankenkasse.

Bei Privatversicherten?

- Ihre Versicherung gibt Ihnen Auskunft zur Übernahme von rehabilitativen Leistungen.
- Sie sind Beihilfeberechtigt, dann übernimmt die Beihilfe einen Anteil der Kosten.
- sollte keine externe Kostenübernahme möglich sein, können Sie die Maßnahme auch selbst bezahlen. Bitte entnehmen Sie weitere Informationen dem separaten Anschreiben für Privatversicherte. (Die hier beigefügten Unterlagen sind nur für gesetzlich Versicherte vorgesehen).

Wie oft kann ich eine Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme beantragen?

Alle 4 Jahre. In Ausnahmefällen kann eine Vorsorge-oder Rehabilitationsleistung vor Ablauf der 4 Jahre beantragt werden. In diesem Fall benötigen Sie die entsprechende Bescheinigung Ihres Arztes.

Was ist im Falle einer Berufstätigkeit?

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für die Dauer der Maßnahme steht Ihnen die Lohnfortzahlung Ihres Arbeitgebers zu.

Was ist mit schulpflichtigen Kindern?

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen finden das ganze Jahr statt. Kinder erhalten in unseren Kliniken in der Regel Hausaufgabenbetreuung (außerhalb der Ferienzeiten). Die Kliniken Feldberg und Waldfrieden bieten einen Schulbesuch im Ort an (weitere Informationen hierzu finden Sie auf dem Beiblatt zur Aufnahme von Kindern).

Wie lange dauert die Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme? In der Regel 3 Wochen (Anreise immer mittwochs). Der behandelnde Arzt entscheidet vor Ort über eine eventuelle Verlängerung bei medizinischer Notwendigkeit.

Informationen zu dem Ausfüllen der ärztlichen Verordnung für die Beantragung einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme



**NEU! Diese Formulare hat Ihr Arzt in seiner Praxissoftware
und sollten zur Antragstellung im Original an uns gesendet werden:**

§ 24 SGB V Vorsorge: Muster 64

Es liegen bei Mutter oder Vater noch keine längerfristigen (weniger als 6 Monate) Beeinträchtigungen vor. Gesunde Begleitkinder sind auf diesem Muster einzutragen. Für **behandlungsbedürftige** Begleitkinder bitte das **Muster 65** vom Arzt ausfüllen lassen.

§ 41 SGB V Rehabilitation: Muster 61 (Teil B-D)

Es liegen bei der Mutter oder dem Vater Beeinträchtigungen vor, die bereits länger als 6 Monate bestehen und die eine Rehabilitation im Rahmen einer Mutter- bzw. Vater-Kind Maßnahme medizinisch notwendig machen. Bitte nur Teil B-D ausfüllen lassen. Teil A sollte nicht ausgefüllt werden. Für **jedes mitreisende** Kind ist das **Muster 65** vom Arzt auszufüllen.

Aus den Angaben der ärztlichen Verordnung sollte ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Gesundheitsstörungen und der Erziehungsverantwortung hervorgehen. Die Krankenkasse prüft den Bedarf einer stationären Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme unter Berücksichtigung dieser Bereiche:

Gesundheitszustand, wie z.B.:

- Erschöpfungssyndrom
- Unruhe- und Angstgefühl
- leichte bis mittlere Depressionen
- Anpassungsstörungen
- Schlafstörungen
- Somatoforme Störungen (z.B.: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Beschwerden des Magen-Darm-Traktes, Herz- und Atembeschwerden)

Mütter- bzw. väterspezifische Belastungen, wie z.B.:

- Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie oder Pflege von Angehörigen
- Erziehungsschwierigkeiten
- erhöhte Belastung, zum Beispiel über das alterstypische Maß hinausgehende Infekte der Kinder, chronisch erkrankte, verhaltensauffällige, behinderte oder frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten
- beeinträchtigte Mutter- oder Vater-Kind Beziehung
- allein erziehend, fehlende Unterstützung bei der Kindererziehung/Alltagsbewältigung

Lebensumstände (Kontextfaktoren), wie z.B.:

- Partner-/Eheprobleme, Trennung vom Partner
- Tod des Partners bzw. naher Angehöriger
- chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse

Achtung! Mögliche Ablehnungsgründe können sein:

Erkrankungen, die aus der Erwerbstätigkeit resultieren, Gefährdung oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, Abwendung von Erwerbsunfähigkeit oder Erhalt der Erwerbsfähigkeit. In diesen Fällen ist keine Mutter- oder Vater-Kind Maßnahme nach §§24 oder 41 möglich.

Erklärung über die Beteiligung des Beratungsteams der Kur + Reha GmbH, Beratungsstelle im Müttergenesungswerk

Ich,
wohnhaft in:

erkläre hiermit gegenüber der _____ (Name der Krankenkasse):

Hiermit beantrage ich mit den beiliegenden Formularen eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme. Bei der Antragstellung möchte ich die Unterstützung des Beratungsteams der Kur + Reha GmbH, eine vom Müttergenesungswerk anerkannte Beratungsstelle, in Anspruch nehmen. Ich bin damit einverstanden und wünsche, dass die Korrespondenz in dieser Angelegenheit über die Beratungsstelle der Kur + Reha GmbH geführt wird:

Beratungsteam Kur + Reha GmbH
Eggstraße 8
79117 Freiburg
E-Mail: info@kur.org
Tel.: 0800 223 23 73 (Mo-Fr 8-19 Uhr)

Vorsorglich entbinde ich auch die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst, sowie alle mich in diesem Zusammenhang untersuchenden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Beratungsstelle.

Ich bin mit der Bearbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten und der meines/r Kindes/r einverstanden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Daten zur Vorbereitung und Durchführung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation innerhalb der Klinik, sowie zur Abrechnung notwendiger Leistungen benötigt werden.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass alle von mir zur Verfügung gestellten Informationen an die zuständigen und somit beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Kur + Reha GmbH und der Kur + Reha Klinik GmbH habe ich erhalten und erkenne diese an.

Unterschrift:

Ort, Datum

Bitte nicht ausfüllen:

Klinik:
 Anreise:
 Abreise:

Anmeldung zu einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme

Die Angaben zu Ihrer Versichertennummer sowie zu Ihrer Versicherung finden Sie auf der Vorderseite Ihrer Versichertenkarte.

| Personalien Erwachsener | | Versicherungsstatus | |
|-------------------------|---|---|------|
| | | Pflichtangaben – sonst keine Antragsstellung möglich | |
| Name: | | <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert | |
| Vorname: | | Name Krankenkasse: | |
| Straße: | | Versicherung: (9stellige Zahl) | |
| PLZ: | | Versicherten- nummer: | |
| Ort: | | Anschrift Ihrer Krankenkasse: | |
| Geb.-Datum: | | Straße: | |
| Telefon: | | PLZ: | Ort: |
| Handy: | | | |
| E-Mail: | | Telefon: | |
| berufstätig als: | | | |
| Familienstand: | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> verw. | | |

Sollten die Kinder bei einer anderen Krankenkasse als bei der des Hauptteilnehmers versichert sein, so müssen die Personalien des Hauptversicherten der Kinder hier angegeben werden.

| Versicherungsstatus: (bitte nur angeben, wenn die Krankenkasse der Kinder sich von der des Antragstellers unterscheidet) | | | |
|---|--|----------|--|
| Vorname und Name des erwachsenen Versicherten: | | | |
| Name der Krankenkasse: | | | |
| Versicherungsnr. (9stellig): | | | |
| Versichertennummer: | | | |
| Straße(Versicherung): | | | |
| PLZ: | | Ort: | |
| | | Telefon: | |

| | |
|---|---|
| Kind 1: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1) | Kind 2: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1) |
| Kind 3: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1) | Kind 4: Vorname, Name: _____ Geb.: _____ Geschlecht: _____ Versichertennummer: _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Andere Adresse Krankenkasse (siehe Seite 1) |

Wen können wir im Krankheitsfall (während der Maßnahme) benachrichtigen?

Name: _____ **Vorname:** _____
Tel: _____ **E-Mail:** _____

Wurden in den letzten 4 Jahren bereits Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

nein ja (Bei „ja“ muss die vorzeitige Maßnahme auf dem Attest der Mutter/ des Vaters medizinisch begründet werden).

Art der letzten Maßnahme (Vorsorge/Rehabilitation): _____
Abreisedatum: _____

Haben Sie besondere Wünsche an die Einrichtung? Haben Sie einen Wunschtermin?

Hier haben Sie die Möglichkeit Ihre gewünschte Einrichtung anzugeben!
 (Bitte ankreuzen und kurz Begründen)

| | | |
|--|---------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Klinik Borkum | (Borkum, Nordsee) | Grund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinik Waldfrieden | (Buckow, Märkische Schweiz) | Grund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinik Schwabenland | (Dürmentingen, Schwäbische Alb) | Grund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinik Feldberg | (Feldberg-Altglashütten, Schwarzwald) | Grund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinik Saarwald | (Nohfelden, Saarland) | Grund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinik Zorge | (Walkenried, Harz) | Grund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinik Selenter See | (Selent, Ostsee) | Grund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinik Nordlicht | (Wangerland, Nordsee) | Grund: _____ |

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung der Kur (Vorbereitung mit Finanzierung, Information an Arzt usw.) erforderlich.

Aktuelle Informationen zu der Aufnahme von Kindern

Aufnahmealter:

Kinder werden in den Mutter-/Vater-Kind-Kliniken der Kur + Reha GmbH im Alter von 2 - 12 Jahren aufgenommen. Die Aufnahme von jüngeren und älteren Kindern kann auf Anfrage geprüft werden.

Betreuung:

Eine kontinuierliche Kinderbetreuung ist einer der Grundpfeiler für eine erfolgreiche Mutter- oder Vater-Kind-Kur. Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind Betreuungserfahrung haben sollte, damit Ihr Aufenthalt in jeder Hinsicht ein voller Erfolg werden kann.

Während der Maßnahme entlasten wir Sie bei der Betreuung Ihrer Kinder. Die Kinder werden werktags in den Kernzeiten von ca. 8:30 Uhr - 16:00 Uhr (je nach Klinik auch erweitertes Betreuungsangebot) in altersgerechten Gruppen betreut und essen in den Kindergruppen zu Mittag. Ausnahmen machen Kinder unter 4 Jahren. Um die Kleinen langsam an den Aufenthalt zu gewöhnen, sind hier die Betreuungszeiten in den einzelnen Kliniken individuell geregelt.

Auch außerhalb Ihrer Anwendungszeiten können Sie die Kinder zu den jeweiligen Betreuungszeiten in den Gruppen betreuen lassen.

Akute Erkrankungen der Kinder während der Kur:

An einem Ort, an dem viele Kinder aufeinander treffen, besteht erhöhte Ansteckungsgefahr. Durchfallerkrankungen und Erkältungen kommen immer wieder vor. Gerade in solchen Situationen sind Sie gefordert. Ein erkranktes Kind kann aufgrund der Ansteckungsgefahr nicht in der Kindergruppe betreut werden. Wir bitten Sie dafür um Verständnis. In einem solchen Fall werden Sie ihr Kind selbst versorgen und eventuell vorübergehend auf Anwendungen verzichten müssen.

Hausaufgabenbetreuung / Schulbesuch:

Eine Hausaufgabenbetreuung findet in der Regel von Montag bis Freitag für die Dauer einer Schulstunde statt. Aufgaben und Sachgebiete können geübt, wiederholt und gefestigt werden, es erfolgt aber keine Arbeit an neuem Stoff bzw. Einführung in neue Stoffgebiete.

In den jeweiligen Schulferien der Bundesländer, in denen die Kliniken liegen, findet keine Hausaufgabenbetreuung statt.

Die Klinik Feldberg und die Klinik Waldfrieden bieten die Möglichkeit des Schulbesuchs in Kooperation mit den Grundschulen vor Ort. In der Klinik Feldberg ist dies von der 1. bis zur 4. Klasse möglich und in der Klinik Waldfrieden von der 1. bis zur 6. Klasse. Ein möglicher Therapiebedarf des Kindes hat jedoch Vorrang.

Checkliste:

Bitte nehmen Sie das Informationsblatt zum Ausfüllen der ärztlichen Verordnung mit zu Ihrem Arzttermin.

| <u>Einzelne Formulare</u> | <u>Erledigt</u> |
|--|--------------------------|
| <p><u>Einverständniserklärung:</u></p> <p>Habe ich an Datum und Unterschrift gedacht? → Nur mit ausgefüllter Einverständniserklärung dürfen wir den Antrag für Sie stellen.</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p><u>Anmeldung:</u></p> <p>Habe ich alle Daten ergänzt und meine Wünsche angegeben? Unterschrift? → Antragstellung nur mit vollständigen Angaben möglich.</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p><u>Ärztliches Attest Mutter/ Vater</u></p> <p>1. Der Arzt wählt das notwendige Attest/ Verordnung aus: Bei Vorsorgemaßnahmen nach § 24 : Muster 64 (aus der Arztpraxissoftware) Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 41: das Muster 61 (aus der Arztpraxissoftware)</p> <p>Ist die Hauptdiagnose mütter-/ väterspezifisch? (Erschöpfungszustände oder mehrere psychosomatische Erkrankungen gelten im Allgemeinen als Voraussetzung)</p> <p>2. Wurden ausreichend Lebensumstände (Kontextfaktoren) beschrieben, die Ihre Rolle als Mutter/ Vater erschwert? (Mindestens 2)</p> <p>3. Ist das Attest eindeutig auf Ihren Namen ausgestellt? (Pflichtangabe: Name und Geburtsdatum)</p> <p>→ Wichtig: Stempel, Datum <u>und</u> Unterschrift des Arztes!</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p><u>Ärztliches Attest Kind</u></p> <p>1. Gesunde Begleitkinder werden auf dem Mutter-Attest mit angegeben (Muster 64)</p> <p>2. Bei Behandlungsbedürftigen Begleitkindern füllt Ihr Arzt das Muster 65 aus, welches er in seiner Praxissoftware hat.</p> <p>Bitte prüfen: Ist das Attest eindeutig auf den Namen des Kindes ausgestellt? (Pflichtangabe: Name und Geburtsdatum)</p> <p>→ Wichtig: Stempel, Datum <u>und</u> Unterschrift des Arztes!</p> | <input type="checkbox"/> |

Bitte senden Sie die Unterlagen zur Beantragung an die folgende Adresse:
Kur + Reha GmbH Beratungsteam
Eggstraße 8
79117 Freiburg

Selbstauskunftsbogen zur Aufnahme in einer unserer Mutter/ Vater-Kind-Kliniken

Wir kümmern uns um Ihre Gesundheit.

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, damit wir Ihnen eine auf Ihre Bedürfnisse angepasste Maßnahme anbieten können. Ihre Angaben sind freiwillig, durch das Nichtausfüllen entstehen Ihnen keine Nachteile. Dieser Fragebogen wird von uns nicht an die Krankenkassen weitergeleitet.

Sozialanamnese:

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|---|--|
| Vorname, Name | | Geburtsdatum | | Familienstand | |
| Wohnort | | Handynummer | | Anzahl der Kinder | |
| Alter der Kinder | | Besteht eine Schwangerschaft? | | | |
| Größe | | Gewicht | | <input type="checkbox"/> ja, errechneter Geburtstermin: <input type="checkbox"/> Nein | |
| Erlerner Beruf | | z.Zt. ausgeübte Tätigkeit | | Std. pro Woche | |
| Derzeit in Elternzeit? | | Notfallkontakt (Name und Telefonnummer) | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja, bis zum: | | <input type="checkbox"/> Nein | | | |

Ich leide an folgenden Gesundheitsstörungen / Beschwerden:

| Stärke 1 = schwach Stärke 4 = stark | Keine | 1 | 2 | 3 | 4 | Seit...Monaten |
|--|-------|---|---|---|---|----------------|
| Kopfschmerzen | | | | | | |
| Rückenschmerzen | | | | | | |
| Sonstige Schmerzen: wo? | | | | | | |
| Magen-Darm-Probleme | | | | | | |
| Schlafstörungen | | | | | | |
| Ständige Müdigkeit | | | | | | |
| Essstörungen | | | | | | |
| Starke Erschöpfung | | | | | | |
| Angstgefühl | | | | | | |
| Niedergeschlagenheit | | | | | | |
| Stimmungsschwankungen | | | | | | |
| Lustlosigkeit | | | | | | |
| Gereiztheit | | | | | | |
| Aggressivität/Feindseligkeit | | | | | | |
| Unruhe | | | | | | |
| Vergesslichkeit | | | | | | |
| Konzentrationsstörungen | | | | | | |
| Paarkonflikte | | | | | | |
| Erziehungsschwierigkeiten | | | | | | |
| Soziale Rückgezogenheit | | | | | | |
| Klaustrophobie | | | | | | |
| Höhenangst | | | | | | |

Welches sind zur Zeit Ihre größten Sorgen und Probleme?

Welche Probleme ergeben sich im Alltag:

| Ich fühle mich in der Lage: | voll | meistens | teils | selten | gar nicht |
|---|------|----------|-------|--------|-----------|
| Meine täglichen Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen | | | | | |
| Meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen | | | | | |
| Mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen | | | | | |
| Ausreichend auf meine Gesundheit zu achten | | | | | |
| Regelmäßig für mich/meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten | | | | | |
| Den Haushalt zu erledigen | | | | | |
| Familienmitgliedern zu helfen | | | | | |
| Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe/Entspannung) | | | | | |
| Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten | | | | | |
| Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter / als Vater anerkannt und gewürdigt | | | | | |
| Ich fühle mich der Erziehung meiner Kinder gewachsen | | | | | |

Bestehen belastende Kontextfaktoren, z.B.:

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| Pflegebedürftige Angehörige | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Tod eines nahen Angehörigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Chronische Krankheit von Angehörigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Entwicklungsverzögertes/behindertes Kind | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Beengte Wohnverhältnisse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Bewegungsmangel und Fehlhaltung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Fehlernährung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Partner-/Eheprobleme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Akute Trennungsphase | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |
| Suchtprobleme in der Familie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ergänzung: |

Treten durch die Beschwerden auch Probleme im Berufsalltag auf bezüglich:

Leistungsfähigkeit
 Beziehungen zu Kollegen
 Vorgesetzten

Weitere Informationen:

Welche Behandlungen und Hilfen haben Sie bisher wegen Ihrer Beschwerden in Anspruch genommen?

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fachärztliche/Ärztliche Hilfe | <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| Weitere Informationen | | | |

Wer hat Ihnen zu einer Vorsorge-/Reha-Maßnahme geraten:

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fach-/Hausarzt | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> Eigene Motivation | <input type="checkbox"/> Familie/Freunde |
|---|--|--|--|

Gesundheitsverhalten:

| | | | | | | |
|--|--|----------|-------------------|---------|-------------------------------|-------------------------------|
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: | | | | | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie Raucherin/Raucher? | <input type="checkbox"/> Ja, seit: | | wieviele pro Tag? | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> Ja | | wieviel? | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Nehmen Sie Drogen? | <input type="checkbox"/> Ja | | | | | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie Medikamente ein? | Dosis: | Morgens: | Mittags: | Abends: | Nachts: | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: | | | | | | |
| Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien/Sonderkostwünsche? <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |

Was möchten Sie in der Zeit in unserer Klinik erreichen? Bitte formulieren Sie Ihre persönlichen Ziele:

1.
.....
2.
.....
3.
.....

Familienanamnese:

Leben Sie zur Zeit in einer festen Partnerschaft?

Ja, seit: Nein

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuelle Partnerschaft
(wie gehen wir miteinander um, wie zufrieden bin ich, wie verteilen wir Alltagsaufgaben etc.):

Durch wen und wie oft erhalten Sie Unterstützung in Ihrem Alltag?

Weitere Informationen:

Bitte beschreiben Sie Ihr/e Kind/er:

| | | |
|-------------|-------------------------------|----------------------|
| Name/Alter: | Was ist typisch für Ihr Kind: | Probleme und Sorgen: |
|-------------|-------------------------------|----------------------|

| | Name des Kindes (bei mehreren Kindern bitte Rückseite verwenden oder Blatt hinzufügen): |
|---|---|
| Welche Einrichtung besucht Ihr Kind zur Zeit? (bitte Klasse angeben) | |
| Bestehen Auffälligkeiten (z.B. motorische oder Verhaltensauffälligkeiten)? | |
| Wie selbstständig ist Ihr Kind (z.B. Toilettengang, Ankleiden usw.)? | |
| Wie ist die motorische Entwicklung? Bestehen Defizite? (Sehbehinderung, Hörbehinderung, Gehbehinderung)? | |
| Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel, wie z.B. einen Rollstuhl o.ä.? | |
| Wie weit kann sich Ihr Kind sprachlich mitteilen? | |
| Bestehen Besonderheiten beim Essen oder Trinken? | |
| Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Falls ja, welche? | |
| Bekommt Ihr Kind Medikamente? Falls ja, welche und wofür sind diese? Dosierung? | |
| Leidet Ihr Kind unter Epilepsie oder sonstigen Anfallsleiden? Falls ja, wie häufig? Medikamentös eingestellt? | |

Bei Behinderung eines Kindes

| | | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Pflegegrad | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Behindertenausweis? | <input type="checkbox"/> Ja, mit Grad der Behinderung: | | | | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gruppen/Kindertagenerfahrung? | <input type="checkbox"/> Ja | | | | <input type="checkbox"/> Nein |
| Integrationskind? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Schulbegleiter? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonderpädagogische Maßnahmen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Förderschule? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ergänzungen / Anmerkungen zu Ihrer Situation, die für uns wichtig sein könnten:

Falls Platz nicht ausreicht, bitte um ein Blatt ergänzen

| | |
|-------|----------------------------|
| Datum | Unterschrift Mutter/Vater: |
|-------|----------------------------|