

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

<b>Name, Vorname:</b>				
<b>Anschrift:</b>				
<b>PLZ:</b>				
<b>Telefon- /Handynummer</b>				
<b>Versicherten-Nr.:</b>			<b>Geb.-Datum:</b>	
<b>Anzahl der Kinder:</b>	Attest und Selbstauskunft liegt vor für _____ Kind/er			
<b>Meine letzte Vorsorge-/ Rehabilitationsmaßnahme war <input type="checkbox"/> noch nie <input type="checkbox"/> vor _____ Jahr/en</b>				
<b>1. Lebenssituation</b>				
<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				<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Berufliche Situation:</b>				
<input type="checkbox"/> Berufstätig als: _____ mit _____ Std. in der Woche <input type="checkbox"/> besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst usw.) <input type="checkbox"/> Mutter und Hausfrau <input type="checkbox"/> Elternzeit bis _____ <input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____				
<b>2. Gesundheitliche Situation</b>				
<b>Ich leide an / unter</b>	<b>Wo</b>	<b>Mo</b>	<b>Ja</b>	<b>Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung</b>
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Freudlosigkeit	<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"/> Konzentrationsstörungen	<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-Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sonstige gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Allergien, Diabetes, Asthma, HWS-/ BWS-Syndrom etc.)</b>				

Wo = Wochen    Mo = Monate    Ja = Jahre

<b>3. Welche Probleme ergeben sich im Alltag</b>					
<b>Ich fühle mich in der Lage</b>	<b>immer</b>	<b>meistens</b>	<b>zum Teil</b>	<b>selten</b>	<b>gar nicht</b>
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 diese 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"/>				
<b>Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu</b>	<b>immer</b>	<b>meistens</b>	<b>zum Teil</b>	<b>selten</b>	<b>gar nicht</b>
Kind(ern)	<input type="checkbox"/>				
Partner	<input type="checkbox"/>				
Eltern und Geschwistern	<input type="checkbox"/>				
Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/>				
<b>Ich fühle mich belastet durch</b>	<b>immer</b>	<b>meistens</b>	<b>zum Teil</b>	<b>selten</b>	<b>gar nicht</b>
Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>				
Angst vor eigener Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Angst vor Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>				
Eigene Erkrankung / Probleme	<input type="checkbox"/>				
Erkrankung / Probleme von Angehörigen	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Sorgen / Schulden	<input type="checkbox"/>				
Suchtproblematik in der Familie	<input type="checkbox"/>				
Probleme in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>				
<b>Trifft zu</b>	<b>immer</b>	<b>meistens</b>	<b>zum Teil</b>	<b>selten</b>	<b>gar nicht</b>
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe und 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"/>				
Ich fühle mich ausreichend unterstützt von meinem Partner (nur bei Partnerschaft)	<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"/> Suchtproblematik		
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten		
<input type="checkbox"/> entw.-verzögertes / behindertes Kind		
<input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse		
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck / Stress		
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel		
<input type="checkbox"/> Fehlernährung		
<input type="checkbox"/> Unter- / Übergewicht		Körpergröße in m / Gewicht in kg _____ / _____
<input type="checkbox"/> Raucherin		Menge:
<input type="checkbox"/> Probleme mit Alkohol / Medikamente		Menge:
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung / Anerkennung		
<input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme		
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase		
<input type="checkbox"/> Probleme der Kinder		
5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort		
Name und Anschrift des Hausarztes		
<input type="checkbox"/> Hausärztliche Behandlung (warum, seit)		
<input type="checkbox"/> Fachärztliche Behandlung (warum, seit, Facharztbericht lege ich bei)		
Folgende Medikamente nehme ich zur Zeit ein bzw. habe ich vor kurzem abgesetzt		
Ärztlich verordnete Maßnahmen		(bitte näher beschreiben)
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt		
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Massagen		
<input type="checkbox"/> Rückenschule		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		
<input type="checkbox"/> sonstiges		

<b>Eigene durchgeführte Maßnahmen</b>		(bitte näher beschreiben)
<input type="checkbox"/> Sportgruppe	<input type="checkbox"/> Schwimmen	
<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Turnen		
<input type="checkbox"/> Entspannungskurse	<input type="checkbox"/> Yoga	
<input type="checkbox"/> Homöopathische Behandlung		
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
<input type="checkbox"/> Paar- /Familienberatung		
<input type="checkbox"/> Suchtberatung		
<input type="checkbox"/> sonstiges		
<b>Begründung, warum keine bzw. keine weiteren Möglichkeiten am Heimatort genutzt wurden</b> <small>(schlechte Verkehrsverbindung, keine Kinderbetreuung etc.)</small>		
<b>6. Vorsorge- /Rehabilitationsziele</b>		
Folgendes möchte ich für mich erreichen:		
Folgendes möchte ich für meine Kinder erreichen:		
<b>7. Wünsche bezüglich der Einrichtung</b>		
<input type="checkbox"/> Aufnahme ausschließlich für Frauen / Mütter	<input type="checkbox"/> an der Küste / Reizklima	
<input type="checkbox"/> behindertengerechte Ausstattung	<input type="checkbox"/> besondere Therapieangebote _____	
<input type="checkbox"/> sonstiges _____		
<b>8. Erklärung</b>		
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Ich bitte darum, dass diese Daten auch der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung bzw. der Beratungsstelle zugänglich gemacht werden.		
_____ Ort, Datum, Unterschrift AntragstellerIn		