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

Name, Vorname:			
Anschrift:			
PLZ, Ort:			
Versicherten-Nr.:		**Geb.-Datum:**	
Anzahl der Kinder:		**Attest und Selbstauskunft liegt vor für ____ Kind/er**	

Meine letzte Vorsorge-/ Rehabilitationsmaßnahme war ☐ noch nie ☐ vor ____ Jahr/en

1. Lebenssituation

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ in Partnerschaft lebend ☐ alleinerziehend

Besteht eine Schwangerschaft?
ja ☐ nein ☐

Berufliche Situation:

☐ Berufstätig als: _____ mit _____ Std. in der Woche
☐ besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst usw.)
☐ Mutter und Hausfrau ☐ Elternzeit bis _____ ☐ arbeitslos seit: _____

2. Gesundheitliche Situation

Ich leide an / unter	Wo	Mo	Ja	Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung
☐ Niedergeschlagenheit	☐	☐	☐	
☐ Kopfschmerzen / Migräne	☐	☐	☐	
☐ Müdigkeit	☐	☐	☐	
☐ Erschöpfung	☐	☐	☐	
☐ Antriebslosigkeit	☐	☐	☐	
☐ Freudlosigkeit	☐	☐	☐	
☐ Stimmungsschwankungen	☐	☐	☐	
☐ Gereiztheit	☐	☐	☐	
☐ Schlafstörungen	☐	☐	☐	
☐ Essstörungen	☐	☐	☐	
☐ Unruhe und Angstgefühl	☐	☐	☐	
☐ Konzentrationsstörungen	☐	☐	☐	
☐ Vergesslichkeit	☐	☐	☐	
☐ Magen-Darm-Probleme	☐	☐	☐	
☐ Rückenbeschwerden	☐	☐	☐	

Sonstige gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Allergien, Diabetes, Asthma, HWS-/ BWS-Syndrom etc.)

WO = Wochen **Mo** = Monate **Ja** = Jahre

3. Welche Probleme ergeben sich im Alltag					
Ich fühle mich in der Lage	**immer**	**meistens**	**zum Teil**	**selten**	**gar nicht**
Meine alltäglichen Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen	☐	☐	☐	☐	☐
Meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen	☐	☐	☐	☐	☐
Mit schwierigen Situationen umzugehen und diese zu bewältigen	☐	☐	☐	☐	☐
Ausreichend auf meine Gesundheit zu achten	☐	☐	☐	☐	☐
Regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten	☐	☐	☐	☐	☐
Den Haushalt zu erledigen	☐	☐	☐	☐	☐
Familienmitgliedern zu helfen	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu	**immer**	**meistens**	**zum Teil**	**selten**	**gar nicht**
Kind(ern)	☐	☐	☐	☐	☐
Partner	☐	☐	☐	☐	☐
Eltern und Geschwistern	☐	☐	☐	☐	☐
Freunden und Bekannten	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich belastet durch	**immer**	**meistens**	**zum Teil**	**selten**	**gar nicht**
Probleme am Arbeitsplatz	☐	☐	☐	☐	☐
Angst vor eigener Arbeitslosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Angst vor Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	☐	☐	☐	☐	☐
Eigene Erkrankung / Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
Erkrankung / Probleme von Angehörigen	☐	☐	☐	☐	☐
Finanzielle Sorgen / Schulden	☐	☐	☐	☐	☐
Suchtproblematik in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
Probleme in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
Trifft zu	**immer**	**meistens**	**zum Teil**	**selten**	**gar nicht**
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe und Entspannung)	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies /Freizeitaktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter anerkannt und gewürdigt	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich ausreichend unterstützt von meinem Partner (nur bei Partnerschaft)	☐	☐	☐	☐	☐

4. Belastende Kontextfaktoren	(bitte näher beschreiben)
☐ pflegebedürftige Angehörige	
☐ Tod eines nahen Angehörigen	
☐ schwere Krankheit von Angehörigen	
☐ Suchtproblematik	
☐ Erziehungsschwierigkeiten	
☐ entw.-verzögertes / behindertes Kind	
☐ beengte Wohnverhältnisse	
☐ ständiger Zeitdruck / Stress	
☐ Bewegungsmangel	
☐ Fehlernährung	
☐ Unter- / Übergewicht	Körpergröße in m / Gewicht in kg _____/_____
☐ Raucherin	Menge:
☐ Probleme mit Alkohol / Medikamente	Menge:
☐ mangelnde Unterstützung / Anerkennung	
☐ Partner-/ Eheprobleme	
☐ akute Trennungsphase	
☐ Probleme der Kinder	

5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort
Name und Anschrift des Hausarztes
☐ **Hausärztliche Behandlung (warum, seit)**
☐ **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)
☐ Krankenhausaufenthalt	
☐ Krankengymnastik ☐ Massagen	
☐ Rückenschule	
☐ Psychotherapie	
☐ sonstiges	

Eigene durchgeführte Maßnahmen	(bitte näher beschreiben)
☐ Sportgruppe ☐ Schwimmen	
☐ Mutter-Kind-Turnen	
☐ Entspannungskurse ☐ Yoga	
☐ Homöopathische Behandlung	
☐ Selbsthilfegruppe	
☐ Paar- / Familienberatung	
☐ Suchtberatung	
☐ sonstiges	

Begründung, warum keine bzw. keine weiteren Möglichkeiten am Heimatort genutzt wurden
(schlechte Verkehrsanbindung, keine Kinderbetreuung etc.)

6. Vorsorge- /Rehabilitationsziele

Folgendes möchte ich für mich erreichen:

Folgendes möchte ich für meine Kinder erreichen:

7. Wünsche bezüglich der Einrichtung

☐ Aufnahme ausschließlich für Frauen / Mütter ☐ an der Küste / Reizklima

☐ besondere Therapieangebote _____

☐ sonstiges _____

8. Erklärung

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 der Antragstellerin