

Liebe Patientin, lieber Patient, Sie möchten einen Antrag auf

Mütter-Kur / Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur / Väter-Kur

stellen. Hierfür benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau und ausführlich wie möglich:

Name: **Geb. datum:** **Sozialversicherungsnummer**

Krankenkasse:..... Krankenversicherungsnummer:.....

Schwerbehinderung:..... % Merkzeichen (z.B. aG, G,...):.....

Betreuung/Vormund? nein ja

Name:..... Tel:..... mobil:.....

Patient/in in unserer Praxis seit:.....

Vorheriger Hausarzt/Hausärzte.....

Größe:cm aktuelles Gewicht:.....kg

Beruf erlernt:.....ausgeübt:.....

Arbeitszeit:..... Stunden/Woche Schichtdienst Wechselschicht Nachtdienst Akkord

arbeitslos Rentner

zur Zeit arbeitsunfähig? Seit wann?.....

Weswegen?.....

verheiratet geschieden verwitwet feste Partnerschaft alleinstehend

Kinder, wie viele: leben im gleichen Haushalt in der Nähe weit entfernt

Name: Geburtsdatum: gesundheitliche, psychische, schulische, sonstige Probleme: (bitte beschreiben)

.....

.....

.....

.....

Besitzen Sie ein Auto? ja nein Fahren Sie noch Autobahn/weitere Strecken? ja nein

Welche Tätigkeiten in Ihrem Alltagsleben können Sie nicht mehr oder nur eingeschränkt ausführen und warum nicht? Bitte möglichst genau schildern!

.....

.....

.....

Welche Tätigkeiten in Ihrem Berufsleben können Sie nicht mehr oder nur eingeschränkt ausführen und warum nicht? Bitte möglichst genau schildern!

.....

.....

.....

.....

Ich habe Schwierigkeiten in den Bereichen:

	Kein Problem	Komme zurecht	Fällt mir schwer	Brauche Hilfe	Geht nicht mehr
Verständigung (Sehen, Hören, Sprechen, Schreiben)					
Beweglichkeit (Gehen, Treppesteigen, Laufen, Tragen, Bücken)					
Selbstversorgung (Waschen, Anziehen, Essen)					
Leben mit Freunden und Bekannten, Verein, ...					

Welche Beschwerden haben Sie konkret?

Schmerzen wo?..... Wann?..... Wie oft?.....

Schwindel wann?..... Wie lange? Wie oft?.....

Müdigkeit

Konzentrationsstörungen

Gedächtnisstörungen

traurige Stimmung

Muskel- oder Gelenkbeschwerden, bitte beschreiben:.....

Unruhe- und Angstgefühle

Schlafstörungen

Kopfschmerzen

Unter-/Über-/Fehlernährung, bitte beschreiben:

Magen-Darm-Probleme, bitte beschreiben:.....

Sexualstörungen, bitte beschreiben:.....

sonstiges, bitte beschreiben:.....

Gibt es weitere/ frühere Erkrankungen, Operationen u.ä.

Gibt es in Ihrem Leben Dinge, die Sie belasten und die vielleicht auch Ihren gesundheitlichen Zustand beeinträchtigen?

allein lebend

alleinerziehend

Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner

Beziehungen zu den Kindern beeinträchtigt – bitte beschreiben:

Konflikte mit anderen Bezugspersonen

Tod des Partners bzw. naher Angehöriger

chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen

Pflege oder Tod eines Familienangehörigen

Unterstützung(-sbedarf)

- sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- Mehrfachbelastung (Familie, Haushalt, Beruf, Pflege von Angehörigen) – bitte beschreiben:.....
.....
.....
- Konflikte mit anderen Bezugspersonen – bitte beschreiben:.....
.....
.....
- Geldsorgen
- Einsamkeit
- Langeweile
- wenig Unterstützung durch Familie, Freunde, Nachbarn
- mir fehlt eine Person, der ich mich anvertrauen kann
- ständiger Zeitdruck
- Stress - bitte beschreiben:.....
.....
.....
- Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagssituationen – bitte beschreiben:
.....
.....
- unregelmäßige Arbeitszeiten auch abends Wochenende Überstunden
- unklar formulierte Anforderungen
- nicht sicherer Arbeitsplatz
- Konflikte am Arbeitsplatz
- Arbeitslosigkeit
- berufliche Überforderung
- Konflikte mit anderen Bezugspersonen
- Beziehungen zu den Kindern beeinträchtigt
- Geldsorgen
- ungünstige Wohnsituation – bitte beschreiben:
.....
.....
- Bewegungsmangel
- ungesunde Ernährung – bitte beschreiben:
.....
.....
- Überforderung bei der Erziehung – bitte beschreiben:.....
.....
.....
.....
- häufige, über das alterstypische Maß hinausgehende, Infekte der Kinder – bitte beschreiben:.....
.....
.....
- chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburt– bitte beschreiben:
.....
.....
.....

- beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung – bitte beschreiben:
-
-
- mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung– bitte beschreiben:
-
-
- fehlende Anerkennung der Mutter-/Vater-Rolle
- nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/des Mannes in der Familie
- sonstiges.....
-

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Waren Sie schon einmal zur Kur oder zur Reha?

- nein ja wann? wo? weswegen?.....
-
-

Haben Sie oder hatten Sie schon einmal Psychotherapie?

- nein ja wann? wo? weswegen?.....
-
-

	was?	seit wann?	wie oft?	wie viel?
<input type="checkbox"/> Nikotin				
<input type="checkbox"/> Alkohol				
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel				
<input type="checkbox"/> Drogen				
<input type="checkbox"/> sonstiges				

Haben oder hatten Sie schon einmal eine ärztliche Verordnung für

- Krankengymnastik wann?..... wie oft?.....
- Rehasport wann?..... wie oft?.....
- Massage wann?..... wie oft?.....
- Physikalische Therapie (Kälte-/Wärmeanwendungen, Fango usw.)
wann?..... wie oft?.....
- sonstiges was?..... wann?..... wie oft?.....
-
-

Nehmen Sie Sport- oder Fitnessangebote wahr, die sie selbst finanzieren (Schwimmen, Sportverein, Yoga o.ä.) was?.....wann?..... wie oft?.....

Haben Sie Beratungsangebote wahrgenommen? Wo?.....wann?.....
Weswegen?.....

4

	überhaupt nicht	ein wenig	teilweise	größtenteils	in hohem Maße	in sehr hohem Maße
Ich verrichte meine Aufgaben nur langsam.						
Meine Zukunft erscheint mir hoffnungslos.						
Beim Lesen kann ich mich nur schwer konzentrieren						
Mein Leben ist Freudlos und ohne Vergnügen.						
Ich kann keine Entscheidungen fällen.						
Dinge, die früher für mich interessant waren, sind jetzt uninteressant.						
Ich bin oft unglücklich, traurig und niedergeschlagen.						
Ich finde keine Ruhe, bin rastlos.						
Ich bin immer müde.						
Schon kleinste Aufgaben sind mich eine große Anstrengung.						
Ich fühle mich schuldig und habe es verdient, bestraft zu werden.						
Ich bin ein Versager.						
Ich habe eine Leere in mir, eher tot als lebendig.						
Ich kann nicht schlafen, nicht einschlafen oder durchschlafen.						
Ich habe schon überlegt, wie ich Selbstmord begehe.						
Ich fühle mich gefangen.						
Selbst über schöne Dinge kann ich mich nicht freuen.						
Ich habe einfach so stark zu- oder abgenommen.						

Was versprechen Sie sich von einer Kurmassnahme? Was möchten Sie wieder tun können? Gibt es etwas, was Sie in einer Kur lernen möchten?.....

Wo möchten Sie gerne eine Kur machen?.....

Warum dort?.....

Adresse der gewünschten Klinik(en).....

5