

Fragebogen Beantragung Mutter-/ Vater-Kind-Kur

Liebe Patientin, lieber Patient!

Gerne unterstützen wir Sie bei der Beantragung einer Mutter-/ Vater-Kind-Kur. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen.

Nachdem wir den Fragebogen von Ihnen erhalten haben, werden wir die notwendigen Anträge für Sie erstellen.

Wir informieren Sie, sobald Sie die Anträge bei uns abholen und bei Ihrer Krankenkasse einreichen können. Bitte geben Sie uns eine Bearbeitungszeit von ca. 2 Wochen.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht! Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Telefonnummer:

Handynummer:

E-Mail-Adresse:

Familienstand:

ledig

verheiratet

geschieden

getrennt lebend

verwitwet

Berufstätig:

nein

ja:

Vollzeit

Teilzeit

Aushilfe

Elternzeit

Beruf:

Stunden/Woche:

Kind(er)

Anzahl: Kind(er)

	Vorname & Nachname	Geburtsdatum	Im Haushalt lebend	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

↑ Bitte kreuzen Sie an (1. Spalte), welches Kind Sie mitnehmen wollen.

Aus welchen Gründen ist die Mitnahme des Kindes/der Kinder geplant?

- Attest des Kinderarztes liegt vor (bei Erkrankung des Kindes)
 Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung
 Betreuung des Kindes ist notwendig

Weitere Informationen:

An welchen Gesundheitsstörungen/Beschwerden leiden Sie?

Stärke 1 = schwach Stärke 3 = stark	Keine	1	2	3	Seit ... Monaten
Kopfschmerzen					
Rückenschmerzen					
Magen-Darm-Probleme					
Schlafstörungen					
Ständige Müdigkeit					
Essstörungen					
Starke Erschöpfung					
Angstgefühl					
Niedergeschlagenheit					
Stimmungsschwankungen					
Lustlosigkeit					
Gereiztheit					
Aggressivität					
Unruhe					
Vergesslichkeit					
Konzentrationsstörungen					
Paarkonflikte					
Erziehungsschwierigkeiten					
Soziale Zurückgezogenheit					

Welche sind zurzeit Ihre größten Sorgen und Probleme?

Welche Probleme ergeben sich im Alltag?

Ich fühle mich in der Lage...	voll	meis- tens	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					

Zusätzliche Belastungen

Pflegebedürftige Angehörige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Tod eines nahen Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Chronische Krankheit von Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Entwicklungsverzögertes/behindertes Kind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Beengte Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Bewegungsmangel und Fehlhaltung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Fehlernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Partner-/Eheprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Akute Trennungsphase	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Suchtprobleme in der Familie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Überforderung am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Drohender Arbeitsplatzverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erklärung:

Gibt es besondere Anforderungen an die Kur-Einrichtung?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Klima | <input type="checkbox"/> Barrierefreiheit | <input type="checkbox"/> Allergenarmut | <input type="checkbox"/> bes. Kostformen |
| <input type="checkbox"/> konfessionelle Ausrichtung | <input type="checkbox"/> fremdsprachliche Angebote | <input type="checkbox"/> Einrichtung nur für Frauen | |

Weitere Informationen und Wünsche:

Sonstige Hinweise...

... z.B. vorliegende Schwangerschaft, besondere Hinweise zur Reisefähigkeit:

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift (Patient)