

**Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur  
Vorsorge für Mütter / Väter und Kind / Kinder  
nach § 24 SGB V**

<b>Name, Vorname</b>		Gesamtzahl der Kinder	
<b>Geburtsdatum</b>		davon im Haushalt lebend	
<b>Straße</b>		Geburtsdaten der Kinder:	
<b>PLZ Ort</b>			
Krankenversicherungs-Nummer:			

Meine letzte Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme war  noch nie  
 vor ..... Jahren, Art der Maßnahme .....

**Lebenssituation:**

ledig                       verheiratet  getrennt                       geschieden  verwitwet  
 in Partnerschaft lebend  alleinerziehend

**Berufliche Situation:**

Berufstätig als .....mit ..... Std. in der Woche                       arbeitslos seit .....

Mutter und Hausfrau  Elternzeit bis .....

**Gesundheitliche Situation:**

<b>Gesundheitsstörungen:</b>	seit		
Ich leide an / unter	Wochen	Monaten	Jahren
<input type="radio"/> Niedergeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Lustlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ständiger Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> starker Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Gereiztheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Essstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Unruhe und Angstgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Vergesslichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Magen-Darm-Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Rückenbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sonstigen Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige **gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen** in den letzten 12 Monaten  
 (welche, wie oft, wie stark – unabhängig davon, ob ärztlich behandelt oder nicht)

--

Welche Probleme ergeben sich in meinem Alltag aus den gesundheitlichen Beschwerden im Hinblick auf die Lösung von alltäglichen Situationen, Entscheidungen zu treffen, meinen Tagesablauf zu planen, mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen, ausreichend auf meine Gesundheit zu achten, etc. ?

--

**Belastende Begleitumstände und persönliche Risikofaktoren:**

Erläuterungen	
<input type="radio"/> pflegebedürftige Angehörige	
<input type="radio"/> Tod eines nahen Angehörigen	
<input type="radio"/> chronische Krankheit von Angehörigen	
<input type="radio"/> Partner- / Eheprobleme	
<input type="radio"/> Erziehungsschwierigkeiten	
<input type="radio"/> entwicklungsverzögerte/s / behinderte/s Kind/er	
<input type="radio"/> beengte Wohnverhältnisse	
<input type="radio"/> ständiger Zeitdruck	

<input type="radio"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung	
<input type="radio"/> Fehlernährung	
<input type="radio"/> Unter- / Übergewicht	
<input type="radio"/> RaucherIn	
<input type="radio"/> Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum	
<input type="radio"/> Mangelnde Unterstützung und Anerkennung	
<input type="radio"/> nicht gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft	
<input type="radio"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen	
<input type="radio"/> akute Trennungsphase	
<input type="radio"/> starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder	

Name und Anschrift des Hausarztes
<input type="radio"/> Hausärztliche Behandlung, seit wann und warum
<input type="radio"/> Fachärztliche Behandlung, seit wann und warum
Folgende Facharztberichte / andere Berichte lege ich bei
Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein (unabhängig, ob ärztlich verordnet oder nicht – auch naturheilkundliche / homöopathische Präparate)

Ärztlich verordnete Maßnahmen	Erläuterungen
<input type="radio"/> Krankenhausaufenthalt: von bis	
<input type="radio"/> Krankengymnastik: wie viel / wann	
<input type="radio"/> Massagen: wie viel / wann	
<input type="radio"/> Rückenschule: wie viel / wann	
<input type="radio"/> Psychotherapie: wie viel / wann	
<b>Privat / auf eigene Kosten durchgeführte Maßnahmen</b>	
<input type="radio"/> Gymnastik	
<input type="radio"/> andere sportliche Betätigung	
<input type="radio"/> Sauna / Schwimmen	
<input type="radio"/> naturheilkundliche / homöopathische Behandlung	
<input type="radio"/> Selbsthilfegruppe	
<input type="radio"/> Ehe- / Paarberatung	
<input type="radio"/> Erziehungsberatung	
<input type="radio"/> Mutter-Kind-Turnen	
<input type="radio"/> Nutzung von Kinderbetreuungsangeboten	
<input type="radio"/> Sonstiges	
<p>Gründe, warum bisher keine weiteren Maßnahmen durchgeführt werden konnten (z. B. bei großer Entfernung zu Hilfsangeboten / Therapiemöglichkeiten, schlechter Verkehrsanbindung, Probleme der Kinderbetreuung usw.)</p>	

## Vorsorgeziele aus Sicht der Mutter / des Vaters

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für mich erreichen

- 1.
- 2.
- 3.

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für meine Kinder erreichen

- 1.
- 2.
- 3.

## Wünsche bezüglich der Einrichtung

Reizklima

direkte Lage an der Ostsee

besondere Therapieangebote .....

Sonstiges .....

## Erklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die gemachten Angaben allen Beteiligten im Rahmen des Antragsverfahrens sowie der Vorsorgeeinrichtung zugänglich gemacht werden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift AntragstellerIn