

Praxisfragebogen zur Einleitung einer Mutter/Vater-Kind-Kur

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Welche Beschwerden/Erkrankungen/Gesundheitsrisiken sind der Grund Ihres Antrags einer Mutter/Vater-Kind Kur?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden/Erkrankungen/Gesundheitsrisiken?

Wie war die zeitliche Entwicklung?

Gibt es Ereignisse/äußere Umstände, die darauf einen Einfluss hatten?

Welche Einschränkungen im alltäglichen Leben haben Sie?
(z.B. Entscheidungen treffen, einer Beschäftigung, sowie eigenen Hobbys und Interessen nachgehen, Hausarbeiten erledigen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, häusliches Leben organisieren, ...)

Welche Punkte treffen auf Sie zu (bitte ankreuzen)

- Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie
- mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung
- Erziehungsschwierigkeiten
- mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter / eines Vaters
- erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten
- fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle
- Partnerprobleme/Eheprobleme/Trennung vom Partner
- Pflege von Familienangehörigen
- Tod des Partners oder naher Angehöriger
- Teenager-Schwangerschaft
- soziale Isolation
- finanzielle Sorgen
- ständiger Zeitdruck
- alleinerziehend
- beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
- Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
- sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten
- drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit
- nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/des Mannes in der Familie

Welche ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen sind bisher erfolgt? Wann?

Wurden Medikamente/Krankengymnastik oder andere Heilmittel eingesetzt? Wann?

Wurden andere Maßnahmen durchgeführt?

(z.B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Maßnahmen in eigener Regie)

Welche Hoffnungen und Erwartungen haben Sie an die Mutter/Vater-Kind-Kur bezüglich Ihrer Beschwerden/Erkrankungen/Gesundheitsrisiken?

Welche Kinder sollen mit aufgenommen werden?

Ist eine Behandlung der Kinder notwendig?

(Bei Behandlungsnotwendigkeit: Bitte ärztliches Attest Muster 65 vom Kinderarzt ausfüllen lassen.)

Name: _____ Geb.Datum: _____ Behandlung ja nein

Name: _____ Geb.Datum: _____ Behandlung ja nein

Name: _____ Geb.Datum: _____ Behandlung ja nein

Sollte die Einrichtung bestimmte Anforderungen erfüllen?

(z.B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen)

Hatten Sie innerhalb der letzten 4 Jahre eine Mutter/Vater-Kind-Kur?

Können Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisen oder gibt es Einschränkungen Ihrer Reisefähigkeit? (z.B. Schwangerschaft)

Danke für Ihre Mithilfe!

Wir werden Ihren Antrag schnellstmöglich bearbeiten und Sie informieren, wenn Sie die ärztliche Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter gemäß §24SGB V abholen können.

Ihr Praxisteam
Dr. Neidig