

**Selbstauskunftsbogen zum  
Antrag auf medizinische Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter oder Mutter und Kind**

Die Erhebung der Daten erfolgt aufgrund § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Ihre Angaben werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt (§§ 24, 41 SGB V; §§ 60, 65, 66 SGB I).

**Persönliche Angaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  in Lebensgemeinschaft  verheiratet

geschieden  verwitwet

Kinder: Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

**Schildern Sie bitte Ihre Beschwerden:**

---

---

---

---

---

---

**Welche Probleme ergeben sich aus den genannten Beschwerden für Sie im Alltag?**

---

---

---

**Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten zwölf Monate. Geben Sie bitte auch die Anschrift und die Fachrichtung der Ärzte an.**

---

---

---

**Welche medizinischen Behandlungen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten zwölf Monaten durchgeführt?**

- Hausärztliche Behandlung
- Fachärztliche Behandlung
- Krankengymnastik
- Andere physikalische Therapien (z.B. Massagen, Wärmeanwendungen)
- Elektrotherapie
- Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)
- Logopädie (Sprach-/Sprechtherapie)
- Psychotherapie
- Patientenschulung
- Rehabilitationssport/Funktionstraining
- Hilfsmittelverordnung, welche? \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

**Haben Sie eventuell darüber hinaus noch etwas zur Linderung Ihrer Beschwerden unternommen (z.B. Entspannungstraining, Heilpraktikerbehandlung, Sport, Gymnastik, Akupunktur)?**

---

---

---

**Nehmen Sie bedarfsweise/regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente ein?**

nein  ja wenn ja, welche und wie oft?

---

---

**Nehmen Sie gelegentlich/regelmäßig Medikamente ein, die nicht ärztlich verordnet sind?**

nein  ja wenn ja, welche und wie oft?

---

---

**Belastet Sie einer oder mehrere der folgenden Umstände?**

- Ehe-/Partnerschaftskonflikte
- Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes
- häufige oder chronische Krankheiten der Kinder
- Arbeitslosigkeit
- alleinerziehend
- beengte Wohnverhältnisse
- finanzielle Sorgen
- 3-Schichtdienst
- Sonstige \_\_\_\_\_

**Konnten Sie - bei entsprechendem Bedarf - in den letzten zwölf Monaten ein oder mehrere der folgenden entlastenden Beratungsangebote in Anspruch nehmen?**

- Familien-/Ehe-/Erziehungsberatung
- Konfliktberatung
- Suchtberatung
- familienentlastende Dienste
- Schuldnerberatung
- Selbsthilfegruppen, welche \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_
- keine

**Was erwarten Sie für sich von der Mütter- oder Mutter- und Kind-Kur? (Ziel der Maßnahme)**

---

---

---

**Wie oft hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakte zu Angehörigen und Freunden?**

---

**Erhalten Sie regelmäßig oder bei Bedarf Unterstützung bei der Versorgung von Haushalt und Kindern?**

ja  nein

**Nutzen Sie örtliche Angebote der Kinderbetreuung wie**

- Kindergarten
- Kindertagesstätte
- Tagesmutter
- Spielkreis
- keine
- Sonstige \_\_\_\_\_

**Welche Hobbys/Interessen hatten Sie früher?**

\_\_\_\_\_

**Welche üben Sie heute noch regelmäßig aus?**

\_\_\_\_\_

**Welchen Beruf/welche Berufe haben Sie erlernt?**

\_\_\_\_\_

**Haben Sie in diesem Beruf/diesen Berufen einen anerkannten Abschluss?**  ja  nein

**Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?**

- \_\_\_\_\_ Std./Woche, Schichtdienst:  ja  nein
- Selbständig  ja  nein
  - Hausfrau seit wann \_\_\_\_\_
  - Erziehungsurlaub seit wann \_\_\_\_\_
  - arbeitslos seit wann \_\_\_\_\_
  - arbeitsunfähig (krank geschrieben) seit wann \_\_\_\_\_

**Empfinden Sie Ihre Berufstätigkeit**

- eher entlastend?
- eher belastend?

**Wer hat Ihnen zu einer Mütter-/Mutter- und Kind-Kur geraten?**

\_\_\_\_\_

**Waren für die Antragstellung**

- Ihre eigenen gesundheitlichen Probleme oder
  - die eines der Kinder
- ausschlaggebend?**

**Folgende Besonderheiten sind bei mir zu beachten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sollten Sie während der letzten 4 Jahre eine Kur durchgeführt haben, dann geben Sie bitte an ob und für welchen Zeitraum die Besserung Ihrer Beschwerden angehalten hat.**

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift