

Selbstauskunft Eltern-Kind-Kur bzw. Mutter-/Vater-Genesungskur (§§ 24/41 SGB V) (ggf. zusätzliche Blätter verwenden!)

1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Adresse
Anzahl der Kinder	Telefon/ggf. Mailadresse	
Familienstand	Ja () Nein () Alleinerziehend?	Berufstätigkeit/Stundenzahl
Krankenkasse	Versicherungsnummer	ggf. Versicherung Kind/er

2. Bitte benennen Sie (in Stichpunkten) Ihre Beschwerden/Symptome bzw. Belastungen:

3. Liegen bei Ihnen gesundheitliche Risikofaktoren vor?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rauchen _____ Zigaretten/Tag | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> Gefährdung der Entwicklung eines Kindes / Jugendlichen |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit |
| <input type="checkbox"/> chron. Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

4. Liegen bei Ihnen psychosoziale Risikofaktoren vor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> Beengte Wohnverhältnisse |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> eigene Arbeitslosigkeit / Arbeitslosigkeit des Partners |
| <input type="checkbox"/> Partner-/Eheprobleme | <input type="checkbox"/> Soziale Isolation |
| <input type="checkbox"/> Gefühl d. Überforderung | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

5. Liegen bei Ihnen Befindlichkeitsstörungen oder Regulationsstörungen vor?

Symptome	Ständig	Häufig	Gelegentlich	Selten
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe/Gedankenkreisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken-/Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungesundes Essverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie wirken sich diese Belastungen auf Ihren Alltag und Ihre Rolle als Mutter/Vater aus?

7. Haben Sie zusätzliche Belastungen?

- Erkrankung des Partners
 Erkrankungen/Förderbedarf Kind/er
 Pflegebedürftige Angehörige
 Trennung
 Trauer
 keine Unterstützung vor Ort

8. Sind in den letzten 12 Monaten Fehlzeiten auf Ihrer Arbeit aufgetreten?

- Nein Ja, etwa ____Tage / _____ Wochen

Wie waren diese Fehlzeiten begründet?

- eigene Erkrankung
 Erkrankung der Kinder
 gesundheitliche Probleme andere Angehöriger

**9. Welche Behandlungen/Therapien wurden innerhalb der letzten 12 Monate durchgeführt?/
Welche Fachärzte wurden aufgesucht (z.B. Orthopäde, Psychiater, Physiotherapie etc.)?**

10. A) Haben Sie Zeit zur Regeneration/ für eigene Bedürfnisse?

- Häufig Gelegentlich Selten Nie

10. B) Welche Maßnahmen/Aktivitäten wurden von Ihnen privat innerhalb der letzten 12 Monate durchgeführt? (Fitness, Entspannung, Beratung etc.)

11. Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine Kur durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, vom: _____ bis: _____ Kostenträger: _____

Grund für die vorfristige Beantragung:

12. Was möchten Sie im Rahmen der Kur für sich erreichen?

13. Sollen ein oder mehrere Kinder Sie bei der Kurmaßnahme begleiten? Ja Nein
 Falls die Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, geben Sie bitte Namen und Geburtsdaten der Kinder an:

		Therapiebedürftig
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.	_____	
	(Name, Vorname) (Geburtsdatum)	
2.	_____	
	(Name, Vorname) (Geburtsdatum)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.	_____	
	(Name, Vorname) (Geburtsdatum)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.	_____	
	(Name, Vorname) (Geburtsdatum)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

14. Was möchten Sie im Rahmen der Kur für Ihre Kinder erreichen?

15. Besondere Schwerpunkt bzw. der Kurklinik (Anwendungen, Angebote, Reizklima etc.)

Ort, Datum

Unterschrift

DRK Kreisverband Berlin – Nordost e.V.

Sella-Hasse-Str. 19-21

12687 Berlin

Stempel Beratungsstelle