



SELBSTAUSKUNFTSBOGEN zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter / Väter und Kinder (§§ 24 / 41 SGB V)

Hinweis: Dieser Bogen wird an die Krankenkasse weitergeleitet

Name, Vorname		geb.
Adresse	Telefon	
Krankenkasse	E-Mail	

1. Letzte Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme: ☐ noch nie ☐ ja, im Jahr _____

2. Berufliche Situation:

☐ berufstätig: ____ Stunden/Woche ☐ nicht berufstätig ☐ Elternzeit ☐ Student*in / in Ausbildung

3. Gesundheitliche Probleme:

- | | |
|--|---|
| ☐ Erschöpfung | ☐ Rücken-/Nacken-Schulterbeschwerden |
| ☐ Traurigkeit | ☐ Magen-Darm-Probleme |
| ☐ Angstgefühle | ☐ Unter-/Übergewicht: _____ cm, _____ kg |
| ☐ Gereiztheit | ☐ Atemwegserkrankung |
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Infektanfälligkeit |
| ☐ Konzentrationsstörungen | ☐ Hauterkrankung |
| ☐ Kopfschmerzen | |

☐ Weitere Beschwerden: _____

4. Belastende Lebensumstände:

- | | |
|--|--|
| ☐ alleinerziehend | ☐ Partnerschaftsprobleme |
| ☐ Mehrfachbelastung | ☐ mangelnde Unterstützung/Anerkennung |
| ☐ ständiger Zeitdruck | ☐ Trennung/Scheidung |
| ☐ Schichtarbeit | ☐ Konflikte wegen Umgang/Sorgerecht |
| ☐ Diskriminierungserfahrung | ☐ Erziehungsschwierigkeiten |
| ☐ Migration | ☐ Schulsituation des Kindes |
| ☐ keine familiäre Hilfe | ☐ Entwicklungsverzögerung/Förderbedarf des Kindes |
| ☐ fehlende Kontakte/Freundschaften | ☐ Beeinträchtigung/Pflegegrad des Kindes |
| ☐ schwierige Wohnverhältnisse | ☐ Erkrankung des Kindes |
| ☐ eigene Arbeitslosigkeit o. die des Partners/der Partnerin | ☐ Erkrankung/Pflegebedürftigkeit von Angehörigen |
| ☐ Geldsorgen | ☐ Todesfall in der Familie |

☐ Sonstiges: _____

5. Wie wirkt sich meine Belastung auf die Beziehung zu meinem Kind/meinen Kindern aus?

6. Medizinische Behandlungen (in den letzten ca. 12 Monaten):

- ☐ Physiotherapie
- ☐ Rückenschule
- ☐ Massagen
- ☐ Entspannungstechnik
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Ernährungsberatung
- ☐ Sonstiges: _____
- ☐ Krankenhausaufenthalt, wann und warum: _____
- ☐ Medikamente: _____

7. Unterstützungsangebote (in den letzten ca. 12 Monaten):

- ☐ Psychologische Beratung
- ☐ Ehe- & Paarberatung
- ☐ Erziehungsberatung
- ☐ Sozialpädagogische Familienhilfe
- ☐ Schuldenberatung
- ☐ Selbsthilfegruppe
- ☐ Sonstiges: _____

8. Meine Ziele für die Mutter-/Vater-Kind-Vorsorgemaßnahme:

9. Ich habe insgesamt _____ Kind/er.

Diese Kinder sollen mich begleiten:

1. Name, Vorname: _____ geb.: _____
2. Name, Vorname: _____ geb.: _____
3. Name, Vorname: _____ geb.: _____
4. Name, Vorname: _____ geb.: _____

10. Mein Kind hat eine Erkrankung:

- Kind 1 ☐ Nein ☐ Ja _____
- Kind 2 ☐ Nein ☐ Ja _____
- Kind 3 ☐ Nein ☐ Ja _____
- Kind 4 ☐ Nein ☐ Ja _____

Ort, Datum

Unterschrift