

Achtung: Den ausgefüllten Sozialfragebogen bitte in einem verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift: „Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) – ärztliche Unterlagen, nur vom MDK zu öffnen“, an Ihre Krankenkasse senden.

<b>Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge / Rehabilitation für Mütter / Väter und Kind / Kinder nach §§ 24, 41 SGB V</b>				
<b>Name, Vorname</b>		<i>Gesamtzahl der Kinder</i>		
<b>Geburtsdatum</b>		<i>davon im Haushalt lebend</i>		
<b>Straße</b>		<i>Geburtsdaten der Kinder:</i>		
<b>PLZ Ort</b>				
<i>Krankenversicherungs-Nummer:</i>				
Meine letzte Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme war <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> noch nie</span> <input type="checkbox"/> vor ..... Jahren, Art der Maßnahme .....				
<b>1. Lebenssituation:</b>				
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> alleinerziehend <b>Schwangerschaft</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
<b>Berufliche Situation:</b>				
<input type="checkbox"/> Berufstätig als ..... mit ..... Std. in der Woche <input type="checkbox"/> Mutter und Hausfrau <input type="checkbox"/> Elternzeit bis ..... <input type="checkbox"/> arbeitslos seit .....				
<b>2. Gesundheitliche Situation:</b>				
<b>Gesundheitsstörungen:</b>				
Ich leide an / unter	Wochen	Monaten	Jahren	Bitte erläutern Sie die Auswirkungen der angekreuzten Gesundheitsstörungen in Ihrem Alltag – (Pflichtangabe)
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<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"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ständiger Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> starker Erschöpfung	<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"/> Gereiztheit	<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"/> Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstigen Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

### 3. Welche Probleme ergeben sich im Alltag

(Erläuterungen zu den angekreuzten Problemen bitte auf Beiblatt – Pflichtangabe)

<b><i>Ich fühle mich in der Lage</i></b>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
meine alltägliche Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>				
meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen	<input type="checkbox"/>				
mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen	<input type="checkbox"/>				
ausreichend auf meine Gesundheit zu achten	<input type="checkbox"/>				
regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten	<input type="checkbox"/>				
den Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/>				
Familienmitgliedern zu helfen	<input type="checkbox"/>				
<b><i>Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu</i></b>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Kind(ern)	<input type="checkbox"/>				
Partner	<input type="checkbox"/>				
Eltern und Geschwistern	<input type="checkbox"/>				
Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/>				
<b><i>Ich fühle mich belastet durch</i></b>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>				
(Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>				
finanzielle Sorgen / Schulden	<input type="checkbox"/>				

<i>Trifft ..... zu</i>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe / Entspannung)	<input type="checkbox"/>				
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter anerkannt und gewürdigt	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert	<input type="checkbox"/>				

**4. Belastende Kontextfaktoren (person- und umweltbezogen):**

Erläuterungen – (Pflichtangabe)

<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige	
<input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen	
<input type="checkbox"/> chronische Krankheit von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen	
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> entwicklungsverzögerte/s / behinderte/s Kind/er	
<input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse	
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung	
<input type="checkbox"/> Fehlernährung	
<input type="checkbox"/> Unter- / Übergewicht	
<input type="checkbox"/> RaucherIn	
<input type="checkbox"/> Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum	
<input type="checkbox"/> Mangelnde Unterstützung und Anerkennung	
<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft	
<input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme	
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase	
<input type="checkbox"/> starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder	

**5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort**

Name und Anschrift des Hausarztes

 Hausärztliche Behandlung, seit wann und warum 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 – (Pflichtangabe)

<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	
<input type="checkbox"/> Massagen	
<input type="checkbox"/> Rückenschule	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

**Privat / auf eigene Kosten durchgeführte Maßnahmen**

<input type="checkbox"/> Gymnastik	
<input type="checkbox"/> andere sportliche Betätigung	
<input type="checkbox"/> Sauna / Schwimmen	
<input type="checkbox"/> naturheilkundliche / homöopathische Behandlung	
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	
<input type="checkbox"/> Ehe- / Paarberatung	
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung	

<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Turnen	
<input type="checkbox"/> Nutzung von Kinderbetreuungsangeboten (KiTa, Hort,...)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Gründe, warum bisher keine weiteren Maßnahmen durchgeführt werden konnten (z. B. bei großer Entfernung zu Hilfsangeboten / Therapiemöglichkeiten, schlechter Verkehrsanbindung, Probleme der Kinderbetreuung usw.)

### 6. Vorsorge- / Rehabilitationsziele 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.

### 7. Wünsche bezüglich der Einrichtung

kleine Einrichtung  christlich orientiertes Haus

Aufnahme ausschließlich von Frauen

besondere Therapieangebote .....

Sonstiges .....

### Erklärung

*Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, dass diese Daten der Müttergenesungs-Beratungsstelle, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung im Rahmen des Antragsverfahrens zugänglich gemacht werden.*

.....

**Ort, Datum** **Unterschrift AntragstellerIn**

**8. Ergänzende Anmerkungen / Erläuterungen zu Punkt 3.**

A large empty rectangular box intended for handwritten notes or explanations related to point 3.