



## Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge für Mütter/Väter & Kinder nach § 24 SGB V

---

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Anzahl der Kinder: ....., davon im Haushalt lebend: .....

### Lebenssituation

---

ledig                       verheiratet                       getrennt lebend                       geschieden                       verwitwet  
 allein erziehend                       in Partnerschaft                      Schwangerschaft                       nein  ja, \_\_\_ .SSW

---

### Berufliche Situation

berufstätig als ..... mit ..... Std / Woche

Ich erlebe die Berufstätigkeit eher als     belastend     entlastend

Bemerkung dazu:

.....  
.....

---

angestellt     selbstständig  
 Aushilfe     belastende / unregelmäßige Arbeitszeit  
 Mutter / Hausfrau     Elternzeit bis.....  
 ehrenamtliche Tätigkeit     arbeitslos seit.....

---

### Gesundheitliche Beschwerden

(aus meiner Sicht) in den letzten 12 Monaten

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Gesundheitliche Befindlichkeitsstörungen / Regulationsstörungen**

---

Ich leide seit an / unter:	Wochen	Monaten	Jahren
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<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"/> ständige Müdigkeit	<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"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Migräne	<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"/> Stimmungsschwankungen	<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"/> Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Über-/Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Muskelverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Durch die gesundheitlichen Beschwerden habe ich im Alltag Schwierigkeiten dabei,**

- 
- meine alltäglichen Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen
  - meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen
  - in schwierigen Situationen ruhig zu bleiben und diese zu bewältigen
  - ausreichend auf meine Gesundheit zu achten (Entspannung, Ernährung, Sport u.a.)
  - regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten
  - den Haushalt zu bewältigen
  - Familienmitgliedern zu helfen
  - die Beziehung zu meinem Partner zu pflegen
  - meinen Kindern eine ruhige und ausgeglichene Mutter zu sein
  - Kontakte zu pflegen / Hobbies und Freizeitaktivitäten nachzugehen

Bemerkungen.....  
.....

---

**Belastende Begleitumstände (persönlich / beruflich / familiär) und Kontextfaktoren**

- 
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme           | <input type="checkbox"/> Tod Angehöriger / Freunde                             |
| <input type="checkbox"/> binationale Ehe / Partnerschaft  | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> Trennung / Scheidung             | <input type="checkbox"/> chronische Krankheiten von Angehörigen                |
| <input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Angehörigen | <input type="checkbox"/> behindertes / entwicklungsverzögertes Kind            |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen / Schulden    | <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit in der Familie                       |
| <input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige      | <input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse                              |
| <input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung                | <input type="checkbox"/> allein erziehend                                      |
| <input type="checkbox"/> kinderreich                      | <input type="checkbox"/> Familienkonflikte                                     |
| <input type="checkbox"/> .....                            | <input type="checkbox"/> .....   |
| <input type="checkbox"/> .....                            | <input type="checkbox"/> .....   |
| <input type="checkbox"/> .....                            | <input type="checkbox"/> .....   |
| <input type="checkbox"/> .....                            | <input type="checkbox"/> .....   |
-

**Stressfaktoren, die mich belasten, sind**

- 
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck              | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung        |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten        | <input type="checkbox"/> Sorge um die Entwicklung meines / meiner Kinder   |
| <input type="checkbox"/> eigene Arbeitslosigkeit          | <input type="checkbox"/> ständige Verfügbarkeit                            |
| <input type="checkbox"/> soziale Isolation                | <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz (Mobbing, Überforderung) |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht / Übergewicht       | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel / Fehlhaltung                     |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung          | <input type="checkbox"/> fehlende Zeit für Hobbies                         |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Zeit für Kommunikation | <input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung                              |
| <input type="checkbox"/> .....                            | <input type="checkbox"/> .....   |
| <input type="checkbox"/> .....                            | <input type="checkbox"/> .....   |
- 

**Risikofaktoren**

- 
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nikotin         | <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch             |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht     | <input type="checkbox"/> Stress                        |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht    | <input type="checkbox"/> Medikamentenmissbrauch        |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> Drogenmissbrauch              |
| <input type="checkbox"/> Fehlernährung   | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel / Fehlhaltung |
| <input type="checkbox"/> .....           | <input type="checkbox"/> .....                         |
| <input type="checkbox"/> .....           | <input type="checkbox"/> .....                         |
- 

**Ärztliche Therapie**

---

Name / Adresse Hausarzt: .....

Name / Adresse Facharzt: .....

.....

Facharztbehandlung, seit wann und warum: .....

.....

Medikamente (auch homöopathische) in den letzten 12 Monaten: .....

.....

---

**Bisherige Maßnahmen am Wohnort**

---

Therapeutische Maßnahmen (auch auf eigene Kosten)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik, Massagen     | <input type="checkbox"/> Rückenschule              |
| <input type="checkbox"/> Physikalische Maßnahmen        | <input type="checkbox"/> Gymnastik                 |
| <input type="checkbox"/> Reha-Sport / Funktionstraining | <input type="checkbox"/> Entspannungskurse         |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie                 | <input type="checkbox"/> Gesprächsberatung         |
| <input type="checkbox"/> Ehe- und Paarberatung          | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung        |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe              | <input type="checkbox"/> Sauna / Schwimmen         |
| <input type="checkbox"/> Suchtberatung                  | <input type="checkbox"/> homöopathische Behandlung |
| <input type="checkbox"/> .....                          | <input type="checkbox"/> .....                     |
-

**Gründe, warum bisher keine oder kaum medizinisch angeordnete / private Maßnahmen durchgeführt wurden**

- 
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fehlende Kinderbetreuung                       | <input type="checkbox"/> Zeitmangel                       |
| <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit                                | <input type="checkbox"/> schlechte Verkehrsanbindung      |
| <input type="checkbox"/> große Entfernung zu Therapie- / Hilfsangeboten | <input type="checkbox"/> finanziell angespannte Situation |
| <input type="checkbox"/> .....  | <input type="checkbox"/> .....                            |
- 

**Ist die Mitaufnahme des Kindes / der Kinder erforderlich?**

- 
- Ja, weil das Kind / die Kinder selbst kurbedürftig ist / sind.
  - Ja, um das Behandlungsziel zu erreichen.
  - Ja, weil eine Trennung vom Elternteil / von den Eltern für die Dauer der Kur aus psychosozialen Gründen nicht zumutbar ist.
  - Nein.
  - Mein Kind / meine Kinder hat / haben folgende gesundheitliche Befindlichkeitsstörungen / belastende Stressfaktoren:
    - .....
    - .....
    - .....
- 

**Erwartungen an die Kur auf Gut Holmecke, Hemer-Ihmert, persönliche Ziele**

- 
- Maßnahmen zur Erhaltung / Besserung / Wiederherstellung meiner Gesundheit
  - Anregung zur gesunden Lebensführung / Stärkung der Selbstheilungskräfte
  - Unterbrechung des Kreislaufes von Überlastung / Erschöpfung / psychischen und körperlichen Beschwerden
  - Hilfe zur Selbsthilfe
  - Beratung / praktische Hilfe bei Erziehungsfragen
  - Physikalische Therapie / Bewegungstraining
  - .....
  - .....
  - .....
- 

Ich bin mit der Speicherung und Bearbeitung der in dieser Selbsteinschätzung gemachten Angaben einverstanden, soweit sie benötigt werden, um die ordnungsgemäße Bearbeitung des Kurantrages und die Vorbereitung und Durchführung der Kurmaßnahme zu gewährleisten.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ferner bin ich damit einverstanden, dass diese Selbsteinschätzung vom Verwaltungspersonal eingesehen und an die erforderlichen Stellen (Therapeuten, Ärzte und medizinisches Personal, Organisationseinheiten der UNIVITA Klinik und Krankenkassen) weitergeleitet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift