

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.

| Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge / Rehabilitation für Mütter / Väter und Kind / Kinder nach §§ 24, 41 SGB V | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|--|
| Name, Vorname | | <i>Gesamtzahl der Kinder</i> | | |
| Geburtsdatum | | <i>davon im Haushalt lebend</i> | | |
| Straße | | <i>Geburtsdaten der Kinder:</i> | | |
| PLZ Ort | | | | |
| <i>Krankenversicherungs-Nummer:</i> | | | | |
| Meine letzte Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme war | | <input type="checkbox"/> noch nie | | |
| <input type="checkbox"/> vor Jahren, Art der Maßnahme | | | | |
| 1. Lebenssituation: | | | | |
| <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 | | Schwangerschaft ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Berufliche Situation: | | | | |
| <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 |
| 2. Gesundheitliche Situation: | | | | |
| Gesundheitsstörungen: | seit | | | Bitte erläutern Sie die Auswirkungen der angekreuzten Gesundheitsstörungen in Ihrem Alltag – (Pflichtangabe) |
| Ich leide an / unter | Wochen | Monaten | Jahren | |
| <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)

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

| Trifft zu | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter anerkannt und gewürdigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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)

Krankenhausaufenthalt

Krankengymnastik

Massagen

Rückenschule

Psychotherapie

Sonstiges

Privat / auf eigene Kosten durchgeführte Maßnahmen

Gymnastik

andere sportliche Betätigung

Sauna / Schwimmen

naturheilkundliche / homöopathische
Behandlung

Selbsthilfegruppe

Ehe- /Paarberatung

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 AWO SANO & Partner Klinik

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.