

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, Frau _____ (Antragsstellerin) entbinde

- alle Ärzte,
- die Krankenkasse,
- andere Sozialversicherungsträger,

die mich anlässlich meines Antrages auf eine Mütterkur / Mutter-Kind-Kur behandelt oder untersucht haben, oder deren Befunde für meinen Antrag von Bedeutung sind, von der Schweigepflicht gegenüber der Beraterin:

Frau Kerstin Kuch
Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Herzogtum Lauenburg e.V.
Röpersberg 10
23909 Ratzeburg

Ort, Datum

Unterschrift

Kurvermittlung

Anlage zum Selbstauskunftsbogen

Angaben zur Antragsstellerin

Nachname: _____
Vorname: _____

Angaben zum Kind

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Angaben zum Kinderarzt

Name: _____
Anschrift: _____

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

1. Erkrankungen des Kindes _____
2. Allergien _____
3. Psychische Probleme
(z.B. ADS/ADHS) _____
4. Sprach/Konzentrationsstörungen _____
5. Ein- und Durchschlafstörungen _____
6. nächtliches Einnässen _____
7. Essstörungen _____
8. Kontaktschwierigkeiten _____
9. schwierige Eltern-Kind-Beziehung _____
10. problematische Verhältnisse zu den
Geschwistern _____
11. Probleme in der Schule _____
12. bisherige Therapien
(z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie,
Sprachtherapie) _____
13. regelmäßige Medikation _____
14. Gruppen/Kindergartenerfahrung: _____
15. zusätzliche Angaben: _____

Ergänzung zum Antrag auf stationäre Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V

Ich, Frau _____ habe mich hinsichtlich der Zielsetzungen einer stationären Maßnahme ausführlich beraten lassen bei

(Stempel)

Es ist mein Wunsch in folgender Klinik aus dem MGW-Verbund die stationäre Maßnahme durchzuführen:

Die Klinik wird gewünscht weil:

1.1. Besondere Indikationen der **Versicherten**:

1.2. Weitere, für mich besondere Schwerpunkte:

1.3. Besondere Therapien / Schwerpunktangebote der Klinik:

2.1. Besondere Indikationen **Kind(er)**:

2.2. Weitere, besondere Schwerpunkte Kind(er):

2.3. Besondere Therapien / Schwerpunktangebote der Klinik:

Außerdem wünsche ich die Durchführung der stationären Maßnahme

in einer Klinik mit ausschließlich Frauen bzw. Frauen und Kindern als Patientinnen

in einer Klinik mit Gruppenanreise _____

in einer christlichen / evangelischen / katholischen Klinik

in einer kleinen Klinik _____

Sonstige Anmerkungen: _____

Datum, Unterschrift _____

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 die 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 noch nie
 vor Jahren, Art der Maßnahme

1. Lebenssituation:

ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet
 in Partnerschaft lebend alleinerziehend
 Schwangerschaft ja nein

Berufliche Situation:

Berufstätig als mit Std. in der Woche
 Mutter und Hausfrau Elternzeit bis 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"/>				
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"/>				
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"/>				
Partner	<input type="checkbox"/>				
Eltern und Geschwistern	<input type="checkbox"/>				
Freunden und Bekannten	<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"/>				
(Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>				
finanzielle Sorgen / Schulden	<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"/>				
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)

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

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.