

Arbeitsgemeinschaft Eltern & Kind Kliniken

Millberger Weg 1
94152 Neuhaus/Inn
Tel. 08503-9004-0
Fax: 08503-9004-39
www.mutter-kind.de



Ergänzende Angaben der Mutter zum Kurantrag

Name: _____

Gesundheitliche Beschwerden (aus meiner Sicht) in den letzten 12 Monaten (in Stichworten):

Welche Beschwerden ergeben sich aus den gesundheitlichen Beschwerden für meinen Alltag?

Gesundheitliche Beschwerden meines Kindes / meiner Kinder:

Name des Hausarztes: _____

Name des Kinderarztes: _____

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes:

- Erkrankung des Kindes: _____
- Allergien: _____
- Psychische Probleme (ADS / ADHS): _____
- Sprach- / Entwicklungsverzögerung: _____
- Nächtliches Einnässen / Ess-Störung: _____
- Schwierige Mutter- / Vater-Kind Beziehung: _____
- Bisherige Therapien / Medikamente: _____
- Sonstiges: _____

Ich hatte folgende Krankenhausaufenthalte (in den letzten 12 Monaten):

Ich habe folgende Maßnahmen in Anspruch genommen:

Ärztlich verordnete Maßnahmen	Erläuterungen
<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 Rechnung durchgeführte Maßnahmen	Erläuterungen
<input type="checkbox"/> Gymnastik	
<input type="checkbox"/> andere sportliche Betätigung	
<input type="checkbox"/> Sauna / Schwimmen	
<input type="checkbox"/> naturheilkundliche / homöopathische Behandlung	
<input type="checkbox"/> Ehe- / Paarberatung	
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente (bitte auch naturheilkundliche angeben):

Gesundheitliches Befinden:

- Ich leide seit Wochen Monaten Jahren
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> ständige Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Gereiztheit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühle |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> _____ |

Persönliche Streßfaktoren, die mich belasten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei Problembewältigung |
| <input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme | <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse | <input type="checkbox"/> eigene Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen / Schulden |
| <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz (Mobbing) | <input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige |
| <input type="checkbox"/> chronisch kranke Familienangehörige | <input type="checkbox"/> Suchtprobleme von Familienangehörigen |
| <input type="checkbox"/> entwicklungsverzögertes bzw. behindertes Kind | <input type="checkbox"/> _____ |

Erläuterung:

Liegt derzeit eine Schwangerschaft vor?

ja nein wenn ja, in der wievielten SSW sind Sie? _____

Ist es eine Risikoschwangerschaft? ja nein

Ehrenamtliche Tätigkeiten / soziale Aufgaben? ja nein

Bei Berufstätigkeit: Ich erlebe die Berufstätigkeit eher als belastend entlastend

Krankenkassen-Wechsel (in den letzten 4 Jahren): ja nein

wenn ja: vorherige Kasse: _____ Zeitpunkt des Wechsels: _____

Im Haushalt werde ich durch Angehörige unterstützt? ja nein

Ich habe Hobbys? ja nein

Zur Zeit gehe ich den Hobbys nach: regelmäßig ab und zu nicht

