

Selbstauskunftsformular

Liebe Interessentin,

sie würden gerne bei uns in der AWO AltenauKlinik an einer Mutter-Kind-Vorsorgemaßnahme teilnehmen. Wir bedanken uns für ihr Interesse!

Bevor wir Ihnen einen Platz anbieten können, möchten wie Sie bitten den folgenden Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen und mit ihren Attesten an uns zurückzusenden. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Schreiben Sie bitte leserlich in Druckbuchstaben oder füllen Sie das Dokument am PC aus!

Persönliche Daten				
Name	Anzahl der Kinder, die mit anreisen:			
Vorname				
Geburtsdatum				
Telefon/Handy				
E-Mail				
Angaben zur Person				
Die aktuelle Vorsorgemaßnahme beantrage ich für:				
<input checked="" type="checkbox"/> nur für mich	<input checked="" type="checkbox"/> überwiegend für mich	<input checked="" type="checkbox"/> zu gleichen Teilen für mich & mein(e) Kind(er)	<input checked="" type="checkbox"/> überwiegend für mein(e) Kind(er)	<input checked="" type="checkbox"/> nur für mein(e) Kind(er)
Sind Sie zurzeit berufstätig?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, als _____			
Haben Sie einen Wunschzeitraum?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____	<input type="checkbox"/> Warteliste (bin sehr flexibel und kann kurzfristig einspringen)	<input type="checkbox"/> Schwerpunktkur: _____	

Medizinische/körperliche gesundheitliche Situation

Ich leide an/unter	Nein	Ja	Wenn ja, bitte erläutern!
Allergien/Unverträglichkeiten (z.B. Hausstaubmilben, Pollen, Tierhaare, Schimmelpilze, Nahrungsmittel, Medikamente usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Drogen, Alkohol, Medikamente, Nikotin usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Blutdruck, Herzerkrankungen, Krampfader, Thrombose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungen- & Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung innerer Organe (z.B. Hepatitis, Nierenleiden, Darmerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervenleiden (z.B. Lähmungen, epileptische Anfälle, Muskelerkrankungen, MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wann war der letzte Anfall (z.B. Epilepsie)? _____</p> <p>Sind Sie stabil eingestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
Erkrankungen der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
potenziell ansteckende Erreger (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nicht aufgeführte Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besonderheiten (z.B. körperliche & geistige Behinderungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Benötigen Sie Unterstützung oder Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, welche? _____</p>

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Präparat:			

Gibt es weitere medizinische Informationen, die für Ihre Kurmaßnahme wichtig sein könnten?

Psychische/geistige gesundheitliche Situation

Ich leide an/unter	Nein	Ja	Wenn ja, bitte erläutern!
Schizophrenie & Wahrvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressive Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angst- und Panikstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reaktion auf schwere Belastungen (z.B. akute Belastungsreaktion, PTBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurasthenie (z.B. Müdigkeit, Erschöpfung, Unwohlsein, Gereiztheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verhaltensveränderungen (z.B. Tics, Zwänge, Aggressivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotional instabil, ängstlich (vermeidende) usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Belastende Kontextfaktoren (personen- und umweltbezogen)

Folgende Kontextfaktoren sind in meinem Alltag vorhanden & belasten mich zunehmend stärker:

<input type="checkbox"/>	Tod eines nahen Angehörigen	<input type="checkbox"/>	Bewegungsmangel und Fehlhaltung
<input type="checkbox"/>	Belastung durch verhaltensbedingte Probleme des/r Kind/er	<input type="checkbox"/>	Fehlernährung
<input type="checkbox"/>	Chronisch erkrankte Kind/er	<input type="checkbox"/>	Unter-/Übergewicht
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Bisherige Maßnahmen am Wohnort

Psychotherapie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Ehe-/Paarberatung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Familienhilfe (SPFH):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Erziehungsberatung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Selbsthilfegruppe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
gesetzliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> in Planung	<input type="checkbox"/> in der Vergangenheit
Weitere Hilfen:				

Fühlen Sie sich in der Lage (geistig & körperlich) drei Wochen lang ohne die Hilfe von Ihrem persönlichen Netzwerk (Familie, Freunde, weitere Unterstützung usw.) und außerhalb Ihres gewohnten Umfeldes (Wohnung, Haus usw.) **alleine** auf ihr/e Kind/er aufzupassen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------