|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** | | | **Gesamtzahl der Kinder:** | | |
| **Geburtsdatum:** | | | **davon im Haushalt lebend:** | | |
| **Handynummer:** | | | **Geburtsdaten der Kinder:** | | |
| **Benennen Sie Ihre persönlichen Gründe für diese Maßnahme. (körperliche Beschwerden/ psychische Verfassung)** | | | | | |
| **1.Lebenssituation:** | | | | | |
| ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet verpartnert    alleinerziehend  **Schwangerschaft**ja nein | | | | | |
| **Berufliche Situation:**  berufstätig als ………………………………………………..……………… mit ….. Std. in der Woche  Mutter & Hausfrau Elternzeit bis ………. arbeitssuchend seit ………………………….. | | | | | |
| **2. Gesundheitliche Situation:** | | | | | |
| Zu meiner generellen Verfassung passt… | Bitte kreuzen Sie an!seit wann | | | | Bitte erläutern Sie die Auswirkungen in Ihrem Alltag |
| Ich leide an/ unter… | Wochen | Monaten | | Jahren |  |
| Niedergeschlagenheit |  |  | |  |
| Kopfschmerzen |  |  | |  |
| Lustlosigkeit |  |  | |  |
| ständiger Müdigkeit |  |  | |  |
| starker Erschöpfung |  |  | |  |
| Stimmungsschwankungen |  |  | |  |
| Gereiztheit |  |  | |  |
| Schlafstörungen |  |  | |  |
| Essstörungen |  |  | |  |
| Unruhe und Angstgefühl |  |  | |  |
| Konzentrationsstörungen |  |  | |  |
| Vergesslichkeit |  |  | |  |
| Magen-Darm-Problemen |  |  | |  |
| Rückenbeschwerden |  |  | |  |
| Hautproblemen |  |  | |  |
| sonstigen Schmerzen |  |  | |  |

|  |
| --- |
| sonstige **gesundheitliche Beschwerden & Erkrankungen** in den letzten 12 Monaten (welche, wie oft, wie stark – abhängig davon, ob ärztlich behandelt oder nicht) |
|  |
| **3. Welche Aussage beschreibt Ihren Alltag** |
| **Mein Schlaf ist gestört. Das heißt für mich…**   * Ich schlafe zu wenig/ zu kurz oder bin am nächsten Morgen nicht erholt. * Ich leide unter Einschlafschwierigkeiten. * Ich schlafe kaum eine Nacht durch. Oft kann ich nur schwer wieder einschlafen. * Ich liege nachts wach und grübele über den Tag oder meine Sorgen. * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Zu meinem Essverhalten**   * Es ist ausgewogen und gesund. * Ich bin ein „Stress-Esser“ und leide unter Heißhungerattacken. * Ich habe kaum Appetit. * Ich leide unter meinem Gewicht: zu dünn oder zu kräftig. * Ich habe eine Vorliebe für „Fast Food“. * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Bewegung**   * Ich bewege mich regelmäßig und aktiv mindestens 1x in der Woche. * Ich bin zu erschöpft um aktiv zu sein. * Ich habe Schmerzen und mag mich nicht bewegen. * Mir fehlt die Zeit um Sport zu treiben. * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Alltag und Haushalt**   * Ich schaffe meinen Alltag, Termine und Haushalt kaum. * Ich habe Mühe meinen Tagesablauf zu strukturieren. * Mir fehlt die Kraft regelmäßig für mich und meine Familie Mahlzeiten vorzubereiten. * Mir fehlt im Alltag Unterstützung. Ich fühle mich mit allem alleine. * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Kontakt/ Beziehung/ Erziehung**   * Mit meiner Beziehung zu meinem Kind/ meinen Kindern bin ich meistens zufrieden. * Mit der Beziehung zu meinem Partner/ meiner Partnerin bin ich meistens zufrieden. * Ich bin akut in der Trennungsphase/ lebe in der Zeit nach der Trennung. * Meine familiäre Situation ist besonders schwierig. * Es tauchen immer wieder Erziehungsprobleme auf. * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Arbeit/ Finanzen**   * Ich habe Probleme an meinem Arbeitsplatz. * Ich mache mir Sorgen wegen meiner finanziellen Situation/ Arbeitslosigkeit * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Selbstfürsorge (Entspannung/Stress)**   * Ich fühle mich unter ständigem Zeitdruck. * Ich setze mich häufig selber unter Druck. * Ich habe ausreichend Zeit für mich und meine Bedürfnisse (Ruhe & Entspannung). * Ich gehe entspannt und gelassen mit meinen Kindern/ meinem Partner/in um. * Ich fühle mich anerkannt in meiner Rolle als Mutter, als Frau. * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Welche Situation ist für Sie zurzeit besonders belastend?**   * Unterstützung von pflegebedürftigen Angehörigen * beengte Wohnverhältnisse * Partner-/ Eheprobleme * Suchtproblematik * Tod eines nahestehenden Menschen * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Würden Sie gerne während der Kur ein bestimmtes Thema bearbeiten/besprechen?**   * Umgang mit Trennung und Verlust * Familiäre Sorgen und Konflikte * Partnerschaftsprobleme * Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| |  | | --- | | **Welche Ziele haben Sie sich für die Gesundheitsmaßnahme gesetzt?**  Was möchten Sie erreichen? (maximal 8 Punkte ankreuzen)   * Erschöpfung reduzieren * Zeit für mich haben * Abstand von Zuhause      * Entspannungstechniken kennenlernen * Stressbewältigungsstrategien erlernen * Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung * Mehr Zeit für das Miteinander * Erziehungskompetenzen erweitern      * Selbstwertgefühl steigern/Selbstvertrauen stärken * Entscheidungshilfen bei aktuellen Problemen * Unterstützende Gespräche führen * Bewegung und Bewegungsverbesserung * Stärkung des Herz-Kreislaufsystems * Muskelaufbau * Stärkung des Rückens | |

|  |
| --- |
| **Ergänzende Anmerkungen:** |
| **Vielen Dank für Ihre Auskünfte und die Zeit, die Sie sich dafür genommen haben!** |

Ort, Datum Unterschrift Antragstellerin