|  |  |
| --- | --- |
| **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