

# Selbstauskunftsbogen

## Mutter-Kind-Klinik „Godetiet“

Name, Vorname		Gesamtzahl der Kinder	
Geburtsdatum		davon im Haushalt lebend	
Straße		Geburtsdaten der Kinder	
PLZ, Ort			
Telefonnummer		Anreisettermin	
Meine letzte Kur oder Vorsorge/Rehamaßnahme war			
<b>1. Lebenssituation</b>			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> schwanger, ET:			
Berufliche Situation:			
<input type="checkbox"/> Berufstätig als.....mit.....Std. in der Woche <input type="checkbox"/> Mutter und Hausfrau <input type="checkbox"/> Elternzeit bis..... <input type="checkbox"/> arbeitslos seit.....			
<b>2. Gesundheitliche Situation</b>			
Gesundheitsstörungen Ich leide an / unter	seit	Wochen	Monaten
			Jahren
			Bitte erläutern sie die Auswirkungen der angekreuzten Störungen
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit			
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen			
<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit			
<input type="checkbox"/> ständiger Müdigkeit			
<input type="checkbox"/> starker Erschöpfung			
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen			
<input type="checkbox"/> Gereiztheit			
<input type="checkbox"/> Schlafstörung			
<input type="checkbox"/> Essstörungen			
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühl			
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen			
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit			
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Problemen			
<input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden			
<input type="checkbox"/> sonstige Schmerzen			

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

<b>Ich fühle mich in der Lage</b>	<b>voll &amp; ganz</b>	<b>meistens</b>	<b>teils, teils</b>	<b>selten</b>	<b>gar nicht</b>
meine alltäglichen Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen					
meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen					
mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen					
ausreichend auf meine Gesundheit zu achten					
regelmäßig für mich und meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten					
den Haushalt zu erledigen					
Familienmitgliedern oder Freunden zu helfen					
<b>Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu</b>	<b>voll &amp; ganz</b>	<b>meistens</b>	<b>teils, teils</b>	<b>selten</b>	<b>gar nicht</b>
Kind(ern)					
Partner(in)					
Eltern und Geschwister					
Freunden und Bekannten					
<b>Ich fühle mich belastet durch</b>	<b>voll &amp; ganz</b>	<b>meistens</b>	<b>teils, teils</b>	<b>selten</b>	<b>gar nicht</b>
Probleme am Arbeitsplatz					
(Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit					
Arbeitslosigkeit von Angehörigen					
finanzielle Sorgen / Schulden					

Trifft ..... zu	voll & ganz	meistens	teils, teils	selten	gar nicht
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe / Entspannung / Hobbies)					
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter anerkannt und gewürdigt					
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert					
Ich erhalte Unterstützung bei der Care-Arbeit					

#### 4. Belastende Kontextfaktoren (personen- und umweltbezogen)

Bitte erläutern sie die angekreuzten Belastungen

<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige	
<input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen	
<input type="checkbox"/> chronische Krankheit von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> entwicklungsverzögertes / behindertes Kind	
<input type="checkbox"/> starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder	
<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"/> ausgeprägtes Minderwertigkeitsgefühl	
<input type="checkbox"/> Raucherin	
<input type="checkbox"/> Probleme mit Alkohol-/Medikamentenkonsum	
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung und Anerkennung	
<input type="checkbox"/> keine gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft	
<input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme	
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

## 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 zurzeit folgende Medikamente ein (unabhängig, ob ärztlich verordnet oder nicht – auch naturheilkundliche / homöopathische Präparate)

### Ärztlich verordnete Maßnahmen

Bitte erläutern sie die angekreuzten Belastungen

Krankenhausaufenthalt

Krankengymnastik

Massagen / manuelle Therapien

Rückenschule

Psychotherapie

sonstiges

### Privat / auf eigene Kosten durchgeführte Maßnahmen

Sportliche Betätigung

Sauna / Schwimmen

Naturheilkundliche / homöopathische  
Behandlung

Selbsthilfegruppe

<input type="checkbox"/> Ehe - / Paarberatung	
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung	
<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Turnen	
<input type="checkbox"/> Nutzung von Kinderbetreuungsangeboten	
<input type="checkbox"/> sonstiges	

## 6. Vorsorge- / Rehabilitationsziele aus Sicht der Mutter

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragstellerin