

Medizinischer Fragebogen Mutter			
Vorname:	Name:		
Straße:	PLZ und Wohnort:		
Geburtsdatum:	Telefon:		
E-Mail:			
Beruf:	Sind Sie zurzeit berufstätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Familienstand:			
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____			
Größe:	Gewicht in kg:	Alter in Jahren:	
Waren Sie schon einmal zur Kur? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann und wo? _____			
Allergien / Unverträglichkeiten:			
<input type="checkbox"/> Hausstaubmilben	<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Tierhaare	<input type="checkbox"/> Schimmelpilze
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel (bitte ärztliches Attest mitbringen)	welche? _____		
<input type="checkbox"/> Medikamente	welche? _____		
<input type="checkbox"/> sonstige	welche? _____		
Sie können zwischen folgenden Kostformen wählen:			
<input type="checkbox"/> Vollkost mit Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Vollkost ohne Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Vegetarische Kost	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	SSW: _____	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl Kinder: _____	Anzahl Fehlgeburten: _____		
	In welchem Schwangerschaftsmonat? _____		
Wann wurden Sie zuletzt frauenärztlich untersucht? (Monat/Jahr)? _____			
Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wie häufig in der Woche? _____			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht mehr	<input type="checkbox"/> nein
Wie häufig? _____	Wie viel? _____		
Konsumieren Sie andere Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht mehr	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche? _____		
Wie häufig? _____	Wie viel? _____		
Welche Krankheiten haben Sie erlitten oder liegen aktuell vor:			
Wurden Sie schon einmal psychiatrisch, psychologisch oder psychotherapeutisch behandelt?			
<input type="checkbox"/> ja, ambulant	<input type="checkbox"/> ja, teilstationär (tagesklinisch)	<input type="checkbox"/> ja, stationär	<input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____
Diagnose: _____			
Wenn ja, bitte unbedingt die letzten Berichte (stationär/ambulant) zusammen mit diesem Fragebogen an uns senden! Fehlende Berichte werden immer nachgefordert, wodurch sich die Aufnahmeentscheidung verzögert.			

Fortsetzung: Welche Krankheiten haben Sie erlitten oder liegen aktuell vor?

Abhängigkeitserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Blutdruck, Herzerkrankungen, Krampfadern, Thrombose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Lungen- und Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Erkrankung innerer Organe (z. B. Hepatitis, Nierenleiden, Darmerkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Nervenleiden (z. B. Lähmungen, epileptische Anfälle)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Wann war der letzte Anfall (z. B. Epilepsie) _____ Sind Sie stabil eingestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Essstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welche? _____				
Erkrankungen der Haut (z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Liegen bei Ihnen Infektionskrankheiten vor (z. B. HIV, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Sind bei Ihnen potenziell ansteckende Erreger bekannt (z. B. MRSA)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Besonderheiten: (z. B. körperliche oder geistige Behinderung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Benötigen Sie diesbezüglich spezielle Unterstützung oder Hilfsmittel (z. B. Rollator, Hilfe bei der Körperpflege)?				
Wenn ja, welche? _____				
Leiden Sie an hier nicht aufgeführten Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Leiden Sie an Schmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____				
Unfälle: _____				
Operationen (wann, welche?): _____				
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Nachfolgend bitte auch Schlaf-/Schmerz-/Verhütungs-/Beruhigungs- und Abführmittel sowie pflanzliche und homöopathische Mittel angeben.				
Präparat	Stärke (z.B. mg/ml)	Form (z.B. Tablette, Tropfen)	Einnahme- häufigkeit	Einnahmegrund

Fortsetzung: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Sonstige Mittel: _____					
Belastungen des täglichen Lebens (bitte kreuzen Sie das Ausmaß der Belastung an)					
	belastet mich sehr wenig	belastet mich wenig	belastet mich stark	belastet mich sehr stark	nein, trifft nicht zu
Belastung durch körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch den Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch Alleinerziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch pflegebedürftige Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch die Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende Beziehung zum Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende Beziehungen zu anderen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch die berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr wenig	wenig	stark	sehr stark	keine
Wie stark schätzen Sie ihre Gesamtbelastung alles in allem ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie belastet man sich fühlt, hängt auch davon ab, ob man auf Unterstützung von der Familie oder Freunden zurückgreifen kann. Geben Sie bitte an, ob Sie solche Unterstützung erhalten.					
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung, die Sie von Ihrem Partner und/oder Ihrer Familie erhalten?					
ganz und gar zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	ganz und gar unzufrieden		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erhalten Sie Unterstützung von anderen Personen/Einrichtungen? Bitte Zutreffendes ankreuzen:					
<input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)		<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen		<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____					
Wie zufrieden sind Sie mit dieser Unterstützung?					
ganz und gar zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	ganz und gar unzufrieden		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unsere Behandlungsschwerpunkte liegen bei					
-psychozialen Belastungen (z.B. Ängste, Partnerschaftsproblemen, Depressionen)					
-Stress- und Überlastungssyndromen (z.B. Anspannung, Schlafstörungen, körperlichen Beschwerden)					
-Erziehungsproblemen und / oder Belastungen in der Mutter-/Vater-Kind-Interaktion					
Bitte beschreiben Sie hier Ihre beiden wichtigsten Kurzziele:					
1. _____					
2. _____					

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie?

Für eventuelle Rückfragen benötigen wir folgende Angaben:

Einweisende/r Arzt/Ärztin am Heimatort:

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Einweisende/r Arzt/Ärztin **des Kindes/der Kinder** am Heimatort

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

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

Falls ja, bitte angeben:

Notfallkontakt:

Name, Vorname

Telefonnummer

Ich bin damit einverstanden, dass die persönlichen Daten und Informationen von mir und meinem Kind oder meinen Kindern, die für einen erfolgreichen Verlauf der Maßnahme notwendig sind, innerhalb des medizinisch-sozialtherapeutisch-pädagogischen Teams unter Wahrung der Schweigepflicht gegenüber Dritten ausgetauscht werden.

Datum / Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mühe. Ihr Team von der Klinik Werraland