



**Mutter-/Vater-Kind-Kur**

**Name**

**Geburtsdatum**

Sie haben den Wunsch, nach einer Mutter-/Vater-Kind-Kur. Daher bitten wir Sie um einige Angaben. Bitte beachten Sie, dass nur bei vollständigem Ausfüllen der Antrag bearbeitet werden kann.

**Aktuelle Beschwerden:**

**Raucher:** ja/nein      **Alkohol:** ja/nein      **Sport:** ja/nein

**Gewicht:** kg      **Größe:** m

**Diagnosen:**

**Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?**

**Wo fühlen Sie sich derzeit in ihrem Leben eingeschränkt?**

Bitte ankreuzen:

- Mehrfachbelastung durch Beruf/ Familie
- mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung
- Erziehungsschwierigkeiten
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)
- mangelnde Kompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/ eines Vaters
- erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten
- fehlende Anerkennung der Mutter- Vaterrolle
- Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner
- Pflege von Familienangehörigen
- Tod des Partners/ naher Angehörigen



- 
- Teenagerschwangerschaft
  - soziale Isolation
  - finanzielle Sorgen
  - ständiger Zeitdruck
  - alleinerziehend
  - beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung
  - Überforderungssituation am Arbeitsplatz/ in der Schule
  - sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
  - besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten
  - drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
  - nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/ des Mannes in der Familie

**Medikamente:**

**bisherige Therapien:**

**Was haben Sie unternommen um Linderung zu erfahren?**

**Was wünschen/erwarten Sie sich von der Kur?**

**Kinder die mit aufgenommen werden sollen:**

Name	Geburtsdatum	Begleitkind	Therapiekind
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Hatten Sie in den letzten 4 Jahren schon mal eine Mutter-/Vater-Kind-Kur?**



**Nur ausfüllen, wenn Kinder als Therapiekinder mit aufgenommen werden sollen.**

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Diagnosen:

Verlauf der Erkrankung:

Wo sehen Sie Ihr Kind beeinträchtigt:

Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen:

Was erwarten Sie von der Kur für Ihr Kind:

---

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Diagnosen:

Verlauf der Erkrankung:

Wo sehen Sie Ihr Kind beeinträchtigt:

Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen:

Was erwarten Sie von der Kur für Ihr Kind: