



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: