

PatientInnenfragebogen

Dürfen wir Sie bitten, diesen Bogen als Vorabinformation zur Anmeldung auszufüllen. _____ Datum Erstkontakt

1. Persönliche Angaben:

Nachname, Vorname; Geburtsdatum und Alter; postalische Adresse

Mobiltelefon; E-Mail-Adresse

Eigene Krankenkasse, Adresse der KK, Versicherungsnummer (Die Angaben zu Ihrer Versichertennummer sowie zu Ihrer Versicherung finden Sie auf der Vorderseite Ihrer Versichertenkarte.)

Versicherungsstatus: selbstversichert familienversichert

Sollten die Kinder bei einer anderen Krankenkasse als bei der des Antragstellers/der Antragstellerin versichert sein, so müssen die Personalia des Hauptversicherten der Kinder hier angegeben werden. Nachname, Vorname; Adresse; Geburtsdatum und Alter

ggf. Krankenkasse Kind/er (bitte nur angeben, wenn die Krankenkasse der Kinder sich von der des Antragstellers/der Antragstellerin unterscheidet), Adresse der KK, Versicherungsnummer

2. Wo liegen Ihre Belastungsfaktoren/-schwerpunkte:

- Beruf Pflege/Krankheit - wenn ja, seit wann?
 alleinerziehend Trauer - um wen, seit wann?
 Partnerschaftskonflikte

Sonstiges: _____

Grund für die Mutter-/Vater-Kind-Kur - aktuelle Beschwerden/Grad der Beschwerden

3. Eine ärztliche Verordnung: liegt vor; die Krankenkasse hat die Bewilligung erteilt

Ihre letzte Mutter-/Vater-Kind-Kur war: noch nie vor ____ Jahren

Ist die letzte Vorsorgemaßnahme weniger als 4 Jahre her, sollte die Vorzeitigkeit auf dem Attest medizinisch begründet sein.

Überweisender (Haus-)Arzt/Ärztin _____

4. Haben Sie eine Pflegestufe beantragt oder besteht bereits eine? ja nein

Liegt ein zerebrales Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) oder eine Stoffwechselstörung (z.B. Diabetes mellitus) vor?

ja nein

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren akute zerebrale Krampfanfälle? ja nein

Sind akute Stoffwechselstörungen oder Stoffwechsel-Entgleisungen aufgetreten (z.B. bei schlecht eingestellter Diabetes mellitus)? ja nein

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren allergisch-anaphylaktische Schockreaktionen, so dass ein Notfall-Besteck verordnet wurde? ja nein

Bestehen chronisch ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis-Infektionen oder HIV-Infektionen)? ja nein

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? ja nein

Liegen psychische oder psychiatrische Erkrankungen vor? ja nein

Bestehen Aggressionsstörungen, eine Borderline-Störung oder alltagseinschränkende Angst- oder Panikattacken? ja nein

Haben Sie sich in den letzten 2 Jahren in eine psychiatrische Einrichtung oder Drogenentzugsklinik begeben?
 ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? _____

Beträgt Ihr Körpergewicht mehr als 130 kg? ja nein

Was sollten wir noch über Sie wissen?

5. Familienstand

ledig

verwitwet

geschieden

verheiratet

alleinerziehend

in Lebensgemeinschaft

getrennt lebend

Sind Sie schwanger? Aktuelle Schwangerschaftswoche: _____

Anzahl leiblicher Kinder: _____ Anzahl Kinder im aktuellen Familienzusammenhang: _____

mitreisende Kinder:

Kind 1: Nachname, Vorname: _____ Geb.: _____ Alter: ___ Geschlecht: ___

Therapiebedarf: _____

Kind 2: Nachname, Vorname: _____ Geb.: _____ Alter: ___ Geschlecht: ___

Therapiebedarf: _____

Kind 3: Nachname, Vorname: _____ Geb.: _____ Alter: ___ Geschlecht: ___

Therapiebedarf: _____

Kind 4: Nachname, Vorname: _____ Geb.: _____ Alter: ___ Geschlecht: ___

Therapiebedarf: _____

Ich habe mich über das Konzept (anthroposophische Grundlage der Therapien, Kinderbetreuung nach Waldorf-Grundsätzen, zeitlicher Rhythmus/Tagesablauf) u.a. auf der Internetseite der Phönix-Kurklinik informiert.

Haben Sie einen Wunschtermin für Ihre Kur oder gibt es Termine, an denen es Ihnen gar nicht passt?

Achten Sie gern schon auf unseren 3-wöchigen Kurrythmus mit Wechsel am Donnerstag.

Ort, Datum

Unterschrift

