



**PatientInnenfragebogen**

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

Es geht dabei nicht um einen Ausschluss, sondern um die bestmögliche Hilfe. Je weniger Kurrelevantes Sie auslassen, desto besser gelingen Ihre Behandlung und die Betreuung Ihrer Kinder.

**1. Persönliche Angaben zu Ihnen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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) 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 eingestelltem 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- 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 dauerhaft Medikamente ein?

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Medikamente

Beträgt Ihr Körpergewicht mehr als 130 kg?  ja  nein

Was sollten wir noch über Sie wissen? \_\_\_\_\_

Angaben zu Ihren Kindern

5. Wie viele Kinder erziehen Sie oder haben Sie erzogen? (leibliche, Adoptiv- und Pflegekinder) \_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie alle Kinder ein mit ihrem Status in der Bewilligung B – Begleitung oder V – Vorsorge sowie das Geschlecht (w/m/d) und berücksichtigen Sie dabei, dass das Alter bei Kurantritt bei 1-12 Jahren liegt:

Kind 1: Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

nimmt teil:  ja  nein Geb.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Kind 2: Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

nimmt teil:  ja  nein Geb.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Kind 3: Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

nimmt teil:  ja  nein Geb.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Kind 4: Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

nimmt teil:  ja  nein Geb.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Kind 5: Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

nimmt teil:  ja  nein Geb.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Liegt bei einem Ihrer mitreisenden Kinder eine Einschränkung oder Behinderung vor?

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes, Art der Einschränkung/Grad der Behinderung/Pflegestufe, Hilfsmittel nötig?

Braucht eines Ihrer Kinder besondere Unterstützung im Alltag? Haben Sie ggf. einen Antrag dazu für die Kur gestellt?

z.B.  Begleitperson/EinzelfallhelferIn,  Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,  besondere Aufsicht bei Spiel und Sport,  hat Weglauftendenzen,  Aufmerksamkeitsdefizite,  Sozialverhalten,  Einnässen

---

Name des Kindes, erläutern Sie gern

Liegen psychische oder psychiatrische Erkrankungen vor?  ja  nein

---

Name des Kindes, welche?

Liegt ein zerebrales Anfallsleiden vor (z.B. Epilepsie), leidet eines der Kinder an Kramp fzuständen?  ja  nein

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

Bestehen chronisch ansteckende Erkrankungen bei einem der Kinder (z.B. Hepatitis- oder HIV-Infektionen)?  ja  nein. Bei welchem von ihnen \_\_\_\_\_?

Hat eines Ihrer Kinder eine Blutgerinnungsstörung?  ja  nein. Bei welchem von ihnen \_\_\_\_\_?

Nimmt eines der Kinder dauerhaft Medikamente ein?

---

Name des Kindes, Bezeichnung der Medikamente

Beindet sich eines der Kinder in fachärztlicher Behandlung oder in Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum?

---

Name und Art der Einrichtung

Was sollten wir noch über Ihre Kinder wissen? \_\_\_\_\_

Ich habe mich über das Konzept (Vorsorge §111a/Krankheitsbilder, anthroposophische Grundlage der Therapien, Kinderbetreuung nach Waldorf-Grundsätzen, zeitlicher Rhythmus/Tagesablauf) u.a. auf der Internetseite [www.phoenix-auf-ruegen.de](http://www.phoenix-auf-ruegen.de) 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 Kurrhythmus mit Wechsel am Donnerstag.

---

Ort, Datum

Unterschrift