



Bitte freihalten - Notizen Phönix

## PatientInnenfragebogen

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

Unvollständige Angaben können bei Aufdeckung zur (kurzfristigen) Nicht-Aufnahme bzw. zum Hausverweis führen. Es geht dabei nicht um einen Ausschluss, sondern um bestmögliche Hilfe. Je mehr Kurrelevantes Sie erwähnen, desto besser gelingen Ihre Behandlung und die Betreuung Ihrer Kinder.

1. Persönliche Angaben zu Ihnen (bitte leserlich in Druckbuchstaben):

---

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  privatversichert  Kind(er) anders als ich

---

Sollten die Kinder bei einer anderen Krankenkasse als bei der des Antragstellers/der Antragstellerin versichert sein, so müssen die Personen 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

Die Kur möchte ich mit meinem Partner/meiner Partnerin gemeinsam machen: \_\_\_\_\_

Bitte separaten Fragebogen ausfüllen

2. Wo liegen Ihre Belastungsfaktoren/-schwerpunkte:

- Beruf  
 alleinerziehend  
 Partnerschaftskonflikte  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
  
 \_\_\_\_\_  
  
 \_\_\_\_\_

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

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

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

Liegt ein zerebrales Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) vor?  ja  nein

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

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

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?  ja  nein

Haben Sie eine Pflegestufe beantragt oder besteht bereits eine?  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

Ist der Fragebogen hier unvollständig ausgefüllt, können wir Sie bei der Terminvergabe nicht berücksichtigen! Nicht-Zutreffendes bitte mit einem Spiegelstrich versehen.

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: \_\_\_\_\_

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

Wie funktioniert die Fremdbetreuung in Kita, Schule und Co – berücksichtigen Sie, dass 3 Wochen eine kurze Zeit für Eingewöhnung ist und überlegen Sie, wie gut es für Ihre (besonders kleinen) Kinder gehen wird?

---

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 Krampfzuständen?  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

Befindet 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 passendem Wechseltermin.

---

---

Kommen Sie als NachrückendeR in Frage und wären in der Lage kurzfristig anzureisen?

Wie spontan darf es sein – ich müsste \_\_\_\_\_ Woche(n) vorher bzw. \_\_\_\_\_ Tag(e) vorher bescheid wissen.

---

Ort, Datum

Unterschrift