

Bitte freihalten - Notizen Phönix

PHÖNIX

PatientInnenfragebogen

Nur vollständig ausgefüllte Fragebögen werden bearbeitet.

Fehlende Angaben können vor Anreise zur (kurzfristigen) Nicht-Aufnahme/Ablehnung bzw. nach Anreise zum Hausverweis führen. Es geht 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

Die Kur möchte ich mit meinem Partner/meiner Partnerin gemeinsam machen: _____
Bitte diesen Fragebogen ein weiteres Mal ausdrucken und separat ausfüllen.

2. Waren Sie schon einmal zur Mutter-/Vater-Kind-Kur: ❑ nein ❑ ja

vor ____ Jahren wann: _____ wo: _____
Ist die letzte Vorsorgemaßnahme weniger als 4 Jahre her, sollte die Vorzeitigkeit auf dem Attest medizinisch begründet sein.

Eine ärztliche **Verordnung** für diese Kur ❑ liegt vor; die Krankenkasse hat die **Bewilligung** ❑ erteilt.

ÜberweisendeR (Haus-)Arzt/Ärztin _____

3. Haben Sie einen Wunschtermin für Ihre Kur oder gibt es Termine, an denen es Ihnen gar nicht passt?
Achten Sie auf den 3-wöchigen Kurrhythmus mit passendem Wechseltermin – aufgrund der Nachfrage ist Ihre Kur in ca. 1 Jahr möglich.

_____

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.

Ich bestätige auf umliegender Seite **mit meiner Unterschrift, dass ich mich über das Konzept** (Leistungen der med. Vorsorge nach §24 Abs. 1 SGB V/Krankheitsbilder, anthroposophische Grundlage der Therapien, Kinderbetreuung nach Waldorf-Grundsätzen, zeitlicher Rhythmus/Tagesablauf) der Phönix-Kurklinik **informiert habe**.

4. Wo liegen Ihre Belastungsfaktoren/-schwerpunkte:

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

_____

_____

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

5. 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? _____

_____

6. Angaben zu Ihren Kindern

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 2-12 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:_____

In unserer Einrichtung werden Kinder von 2 bis 3 Jahren grundsätzlich bei den „Möwen“ im Wohnhaus und Kinder von 4 bis 12 Jahren in der Kinderinsel des Therapiehauses betreut. In der Kinderinsel gibt es zwei altersgemischte Gruppen - die „Strandläufer“ und die „Seesterne“ – sie teilen die Räume und unternehmen einiges gemeinsam. Möchten Sie, dass Geschwister zusammen oder in getrennten Gruppen sind? ❑ getrennt

_____

Ort, Datum Unterschrift

PHÖNIX

Auskünfte zu Ihrem Kind

Bitte für jedes Kind, das mitkommt, einen eigenen Bogen benutzen. Er dient der Vorbereitung für die Kinderbetreuung und Gruppenzusammenstellung. Ist der Fragebogen hier unvollständig ausgefüllt, können wir Sie bei der Terminvergabe nicht berücksichtigen! Nicht-Zutreffendes bitte mit einem Spiegelstrich versehen.

1. Persönliche Angaben zum Kind:

_____

Nachname, Vorname (Rufnamen bitte unterstreichen), Geburtsdatum, Alter und Geschlecht (m/w/d)

_____

Anderer Elternteil - Nachname, Vorname; Adresse

_____

Geburtsdatum und Alter; Telefon; E-Mail-Adresse

Besucht Ihr Kind regelmäßig eine Kindergruppe oder eine Kindereinrichtung? (z.B. Spielgruppe, Kindertagesstätte, Schule, Integrationseinrichtungen, Waldorfkita/-schule)

_____

Name und Art/Bezeichnung der Kindereinrichtung

Überlegen Sie dabei, wie gut die Fremdbetreuung in Kita, Schule und Co funktioniert – berücksichtigen Sie, dass 3 Wochen besonders für ein noch kleines Kind eine kurze Zeit für Eingewöhnung ist.

Wie lange hat Ihr Kind für die Eingliederung/das Einfinden gebraucht?

_____

Dauer, ggf. Probleme (besonders im KiGa)

Löst sich Ihr Kind in neuer, fremder Umgebung gut von Ihnen? ❑ ja ❑ nein

Ist Ihr Kind schon mehr als 2 Stunden ohne Sie von jemandem betreut worden (Großmutter/-vater, Kita, Babysitter…)? ❑ ja ❑ nein

Können Sie Ihr Kind mit entspannter Haltung in die Obhut der ErzieherInnen geben? ❑ ja ❑ nein

Wenn ein Nein dabei ist, prüfen Sie für sich noch einmal, ob Sie die Kur zu diesem frühen Zeitpunkt antreten wollen - wir können nicht garantieren, dass eine Eingewöhnung klappt und Ihnen die Teilnahme an den Therapien ohne Ihr Kind möglich ist. Kleine Geschwisterkinder können nicht in die Gruppe der 4 bis 12Jährigen. Kinder ab 4 Jahren müssen tagsüber windelfrei und sauber sein, andernfalls können sie nicht in die Kinderinsel!

2. A) Liegt bei Ihrem Kind eine Einschränkung oder Behinderung vor?

_____

Art der Einschränkung/Grad der Behinderung/Pflegestufe

Mit welchen Hilfsmitteln reist Ihr Kind an? (z.B. Rollstuhl, Orthesen, Hörgerät)

_____

Bezeichnung des Hilfsmittels

Braucht Ihr Kind 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

_____

2. B) Hat Ihr Kind gesundheitliche Beschwerden

(wie sehr: „0-gar nicht“ bis „5-stark“, wann, ggf. Art der Behandlung)

❑ Herz-Kreislauf _____

❑ Atemwege/Lunge _____

❑ Stoffwechsel/Verdauung _____

❑ Bewegungsapparat _____

❑ Nervensystem _____

❑ Sinnesorgane (Augen, Ohren, …) _____

❑ Hauterkrankungen _____

❑ Beschwerden ohne erkennbaren organischen Befund _____

❑ häufige Erkrankungen (z.B. Sinusitis (Nasen-Nebel-Höhlen-Entzündung)/Erkältung, Migräne)

_____

Liegt ein zerebrales Anfallsleiden vor (z.B. Epilepsie), leidet Ihr Kind an Krampfzuständen? ❑ ja ❑ nein

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

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

Hat Ihr Kind eine Blutgerinnungsstörung? ❑ ja ❑ nein.

Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein?

_____

Wie häufig haben Sie mit Ihrem Kind Ihre Kinderärztin/Ihren Kinderarzt/Ihre Hausärztin/ihren Hausarzt aufgesucht? _____

Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung – wenn ja, welche FachärztInnEn wurden aufgesucht (z.B. Orthopäde, Gynäkologe, Hausarzt etc.), wie häufig?

_____

Gab es Krankenhausaufenthalte? _____

_____

wann, Dauer und warum

3. Liegen psychische oder psychiatrische Erkrankungen vor? ❑ ja ❑ nein

_____

Besuchen Sie mit Ihrem/Ihr Kind eine Beratungsstelle? Welcher Art und wie lange?

_____

Name und Art der Einrichtung z.B. Psychotherapie, Erziehungsberatung, sozialpädiatrisches Zentrum, seit wann bzw. Dauer

4. Bestehen bei Ihrem Kind attestierte Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

_____

Bezeichnung der Allergie bzw. Nahrungsmittelunverträglichkeit (bitte Attest mitbringen)

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

Benötigt Ihr Kind eine spezielle Sonderkost auf Grundlage eines ärztlichen Attestes?

_____

Bezeichnung der Sonderkostform

Essgewohnheiten: ❑ vegetarisch ❑ vegan ❑ koscher ❑ halal

Impfungen sollten wie gesetzlich vorgeschrieben für den Besuch von Betreuungseinrichtungen vorliegen:

❑ 3fach - Masern, Mumps, Röteln (MMR-Impfung) ❑ 6fach - Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B Sonstiges: (z.B. Covid-19) _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____

_____

5. Berücksichtigen Sie bei den nächsten Fragen: ist das Verhalten Ihres Kindes altersgemäß oder hat es vom Entwicklungsstand verglichen mit gleichaltrigen Kindern eine Besonderheit, bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Ist Ihr Kind sehr laut, aufbrausend, zappelig, streitlustig ❑ oder sehr leise, zurückhaltend, ruhig, defensiv ❑

Ist Ihr Kind lieber für sich und spielt es meist allein ❑ oder sucht es den Kontakt zu Gleichaltrigen ❑?

Kann Ihr Kind sich selbständig beschäftigen ❑ oder wendet es sich stark Erwachsenen zu ❑?

Schläft Ihr Kind gut ein und durch ❑ oder hat es Schwierigkeiten beim Schlafen ❑?

Ist Ihr Kind beim Lernen und Spielen ausdauernd und konzentriert ❑ oder verliert es schnell die Lust ❑?

Isst Ihr Kind schlecht, ist appetitlos, mag es vieles nicht ❑ oder isst es gut, mit Freude, probiert Neues ❑?

Hat Ihr Kind eine gute Orientierung ❑ oder ist seine Wahrnehmung eingeschränkt ❑?

Ist Ihr Kind beweglich und geschickt ❑ oder ist es im Ballspielen, Laufen oder Radfahren eher unbeholfen ❑?

Ist die Beziehung zu seinen Geschwistern eine gute ❑ oder problematische ❑?

Neigt Ihr Kind zu Distanzlosigkeit ❑ oder hat es eine große Schüchternheit ❑?

Kann Ihr Kind gut basteln und ist sicher im Umgang mit einer Schere ❑ oder tut es sich schwer einen Stift beim Schreiben zu führen und gibt beim Werken schnell auf ❑?

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihrem Kind beschreiben? _____

_____

_____

_____

Ort, Datum Unterschrift