



Medizinischer Fragebogen Vater

Vorname:			Name:		
Straße:			PLZ und Wohnort:		
Geburtsdatum:			Telefon:		
E-Mail:					
Beruf:			Sind Sie zurzeit berufstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Familienstand:					
<input type="checkbox"/> verheiratet		<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	
<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____		<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend		<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____	
Größe:		Gewicht in kg:		Alter in Jahren:	
Waren Sie schon einmal zur Kur?			<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann und wo? _____					
Allergien:					
<input type="checkbox"/> Hausstaubmilben					
<input type="checkbox"/> Pollen					
<input type="checkbox"/> Tierhaare					
<input type="checkbox"/> Schimmelpilze					
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel (bitte ärztl. Attest mitbringen)			welche? _____		
<input type="checkbox"/> sonstige			welche? _____		
Unverträglichkeiten:					
<input type="checkbox"/> Medikamente			welche? _____		
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel (bitte ärztl. Attest mitbringen)			welche? _____		
Sie können zwischen folgenden Kostformen wählen:					
<input type="checkbox"/> Normalkost mit Schweinefleisch					
<input type="checkbox"/> Normalkost ohne Schweinefleisch					
<input type="checkbox"/> Vegetarische Kost					
Leiden Sie unter Schlafstörungen?			<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie häufig in der Woche? _____					
Rauchen Sie?			<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie Alkohol?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht mehr		<input type="checkbox"/> nein
Wie häufig? _____			Wie viel? _____		
Konsumieren Sie andere Drogen?			Welche? _____		
Welche Krankheiten haben Sie erlitten?					
Wurden Sie schon einmal psychiatrisch behandelt? <input type="checkbox"/> ja, ambulant <input type="checkbox"/> ja, stationär <input type="checkbox"/> nein					
Diagnose: _____					
Bitte den letzten Bericht (stationär/ambulant beifügen!					
Abhängigkeitserkrankungen					
Wenn ja, welche? _____					

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Blutdruck, Herzerkrankungen, Krampfadern, Thrombose)

Wenn ja, welche? _____

Lungen- und Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis)

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung innerer Organe (z. B. Hepatitis, Nierenleiden, Darmerkrankungen)

Wenn ja, welche? _____

Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)

Wenn ja, welche? _____

Nervenleiden (z. B. Lähmungen, Epilepsie)

Wenn ja, welche? _____

Wann war der letzte Anfall (z. B. Epilepsie) _____

Sind Sie stabil eingestellt? ja nein

Erkrankungen der Haut (z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte)

Wenn ja, welche? _____

Liegen bei Ihnen Infektionskrankheiten vor (z. B. HIV, Hepatitis)? ja nein

Sind bei Ihnen potenziell ansteckende Erreger bekannt (z. B. MRSA)? ja nein

Erkrankungen des Bewegungsapparates wo?/welche?

Verspannungen _____

Wirbelsäule _____

Gelenkerkrankungen _____

Muskelerkrankungen _____

Bandscheibe _____

Besonderheiten (z. B. körperliche oder geistige Behinderung): _____

Benötigen Sie diesbezüglich spezielle Unterstützung oder Hilfsmittel (z. B. Rollator, Hilfe bei der Körperpflege)?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an hier nicht aufgeführten Krankheiten?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

(Geben Sie bitte auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel sowie pflanzliche und homöopathische Mittel an.)

Wenn ja, welche? _____

Unfälle: _____

Operationen (wann, welche?): _____

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja **Leiden Sie unter Rückenschmerzen?** ja

andere: _____

Körperliche und seelische Beschwerden können dazu führen, dass man sich im Alltag beeinträchtigt fühlt. Bitte kreuzen Sie im Folgenden das Ausmaß der Beeinträchtigung an:					
Durch körperliche oder seelische Beschwerden in den letzten Wochen...	selten	manchmal	häufig	(fast) immer	trifft auf mich nicht zu
... habe ich mich zurückgezogen und kaum Kontakte zu Freunden oder Bekannten gehabt.	<input type="checkbox"/>				
... konnte ich mich nicht genügend um mein eigenes Wohlbefinden kümmern.	<input type="checkbox"/>				
... fühlte ich mich in meiner Beziehung zu meinem Partner beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>				
... fühlte ich mich in der Erziehung meines Kindes/meiner Kinder beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>				
... fielen mir meine Verpflichtungen und täglichen Aufgaben schwer.	<input type="checkbox"/>				
Belastungen des täglichen Lebens (bitte kreuzen Sie das Ausmaß der Belastung an)					
	belastet mich sehr wenig	belastet mich wenig	belastet mich stark	belastet mich sehr stark	nein, trifft nicht zu
Belastung durch körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch den Haushalt	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch Alleinerziehen	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch pflegebedürftige Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch die Kinder	<input type="checkbox"/>				
Belastende Beziehung zum Partner	<input type="checkbox"/>				
Belastende Beziehungen zu anderen Menschen	<input type="checkbox"/>				
Belastungen durch die berufliche Situation	<input type="checkbox"/>				
	sehr wenig	wenig	stark	sehr stark	keine
Wie stark schätzen Sie Ihre Gesamtbelastung alles in allem ein?	<input type="checkbox"/>				
Wie belastet man sich fühlt, hängt auch davon ab, ob man auf Unterstützung von der Familie oder Freunden zurückgreifen kann. Geben Sie bitte an, ob Sie solche Unterstützung erhalten.					
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung, die Sie von Ihrem Partner und/oder Ihrer Familie erhalten?					
	ganz und gar zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	ganz und gar unzufrieden	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhalten Sie Unterstützung von anderen Personen/Einrichtungen?					
Wenn ja, welche? _____					
Wie zufrieden sind Sie mit dieser Unterstützung?					
	ganz und gar zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	ganz und gar unzufrieden	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass es sinnvoll ist, sich während der 3-Wochen-Kur auf einen Schwerpunkt zu konzentrieren.

Kreuzen Sie bitte die für Sie **wichtigste** Kurindikation an
(entscheiden Sie sich bitte für **einen** Schwerpunkt!):

- 1. Psychosoziale Indikation (z. B. Partnerschaftsprobleme, Ängste, Depressionen)
- 2. Stress- und Überlastungssyndrome (z. B. Anspannung, Schlafstörungen, körperliche Beschwerden)
- 3. Erziehungsprobleme und/oder Belastungen in der Mutter-/Vater-Kind-Interaktion
- 4. Akute/chronische Schmerzsyndrome (z. B. Migräne, Rücken- oder Gelenkprobleme)
- 5. Gewichtsprobleme (z. B. Übergewicht, Untergewicht) oder Essstörungen
- 6. Infektanfälligkeit und allergische Erkrankungen (z. B. Asthma, Heuschnupfen)
- 7. Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Akne)

Bitte beschreiben Sie hier Ihre beiden wichtigsten Kurziele:

1. _____

2. _____

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie?

Für eventuelle Rückfragen benötigen wir folgende Angaben:

Einweisende/r Arzt/Ärztin am Heimatort:

Titel, Name, Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Telefon

Einweisende/r Arzt/Ärztin **des Kindes/der Kinder** am Heimatort

Titel, Name, Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Telefon

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.