



Medizinischer Fragebogen Mutter

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"/> verwitwet seit _____		<input type="checkbox"/> geschieden 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			
Sind Sie schwanger?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SSW ¹ : _____	
Wenn ja: Übersenden Sie uns bitte einen ärztlichen Nachweis über einen ausreichenden Schutz gegen Röteln und Windpocken – ggf. eine Impfbescheinigung!			
Anzahl Kinder: _____		Anzahl Fehlgeburten: _____	
In welchem Schwangerschaftsmonat? _____			
Wann wurden Sie zuletzt frauenärztlich untersucht? (Monat/Jahr)? _____			
Nehmen Sie zurzeit die Pille oder andere Hormone?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche? _____			
Haben Sie Unterleibsbeschwerden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche? _____			
Leiden Sie unter Schlafstörungen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wie häufig in der Woche? _____			

¹ SSW = Schwangerschaftswoche

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 die letzten Berichte (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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Erkrankungen der Haut (z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte)		
Wenn ja, welche? _____		
Liegen bei Ihnen Infektionskrankheiten vor (z. B. HIV, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind bei Ihnen potenziell ansteckende Erreger bekannt (z. B. MRSA)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates	wo?/welche?	
<input type="checkbox"/> Verspannungen	_____	
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	_____	
<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen	_____	
<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen	_____	
<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... konnte ich mich nicht genügend um mein eigenes Wohlbefinden kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich in meiner Beziehung zu meinem Partner beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich in der Erziehung meines Kindes/meiner Kinder beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fielen mir meine Verpflichtungen und täglichen Aufgaben schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch den Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch Alleinerziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch pflegebedürftige Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch die Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende Beziehung zum Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende Beziehungen zu anderen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungen durch die berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr wenig	wenig	stark	sehr stark	keine
Wie stark schätzen Sie ihre Gesamtbelastung alles in allem ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

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

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

Ich bin damit einverstanden, dass die persönlichen Daten und Informationen von mir und meinem Kind oder meinen Kindern, die für einen erfolgreichen Verlauf der Maßnahme notwendig sind, innerhalb des medizinisch-sozialtherapeutisch-pädagogischen Teams unter Wahrung der Schweigepflicht gegenüber Dritten ausgetauscht werden.

Datum / Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mühe. Ihr Team von der Klinik Werraland