

Anmeldung zur Mutter-Kind-Maßnahme

Bitten füllen Sie diesen Bogen aus und senden ihn mit den ärztl. Attesten an uns zurück!

Caritas Gesundheitszentrum - Fachstelle Belegung -
Harsewinkelgasse 19, 48143 Münster
Tel. (02 51) 16285 0 Fax (02 51) 16285 20
email: belegung@caritas-gesundheitszentrum.de

für: Fachklinik Thomas Morus
Benekestr. 44, 26548 Norderney
Tel. (0 4932) 912-0
Fax (0 49 32) 8 25 47

Personalien der Frau

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsname: _____

Anschrift: _____

und

Tel.-Nr.: privat: _____ dienstlich : _____

Familienstand: _____ Religion: _____

Nationalität: _____ Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Anschrift des Arztes: _____

Krankenkasse: _____

Personalien des Mannes

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Tel.-Nr. tagsüber: _____

Kinder

Kind wird erwartet? ja nein

Namen der Kinder	Geburtsdatum	Krankenkasse	Kurteilnehmer	
			ja	nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben für das Kurhaus

Im Krankheitsfall zu benachrichtigen: _____

Was soll in gesundheitlicher Hinsicht beachtet werden (z. B. Diät)?

Raucherin?

ja nein

Frühere Kuraufenthalte - wann/wo?

Datum/Unterschrift der Antragstellerin:



Zusatzbogen zum Antrag auf eine Mutter-Kind-Maßnahme:

für: Fachklinik Thomas Morus, Benekestr. 44, 26548 Norderney

MUTTER

Name:	Vorname:	geb.:
-------	----------	-------

1. Medizinische Indikationen siehe ärztliche Atteste:

Bemerkungen: _____

2. Besondere Belastungen:

- alleinerziehend
 - finanzielle Schwierigkeiten
 - Partner-/Eheprobleme
 - Erziehungsschwierigkeiten
 - Schwierigkeiten bei der Problembewältigung
 - ständiger Zeitdruck
 - soziale Isolation
 - Wohngemeinschaft Eltern/Schwiegereltern
 - pflegebedürftiger Angehöriger
 - behindertes Kind
 - körperlich _____
 - geistig _____
 - Eltern/Großeltern _____
 - Umbruchsituation im Lebensalltag (Umzug/Trennung)
- Berufstätigkeit
 - Teilzeit mit _____ Std./Woche
 - Vollzeit
 - beengte Wohnverhältnisse
 - Arbeitslosigkeit
 - eigene
 - des Ehemannes/Partners
 - Migranten aus _____
 - Suchtkranker Angehöriger _____
 - Sonstiges _____

3. Befindlichkeits-/Regulationsstörungen:

- Niedergeschlagenheit
 - Lustlosigkeit
 - Stimmungsschwankungen
 - Ess-Störungen
 - Störungen des Kreislaufs
 - Störungen der Wirbelsäule
 - _____
- Kopfschmerzen
 - dauernde Müdigkeit
 - Schlafstörungen
 - Unruhe- und Angstgefühle
 - Störungen des Verdauungsapparates
 - gynäkologische Beschwerden
- _____

Zusatzbogen zum Antrag auf eine Mutter-Kind-Maßnahme:

für: Fachklinik Thomas Morus, Benekestr. 44, 26548 Norderney

KIND:

Name:	Vorname:	geb.:
-------	----------	-------

- besucht den Regelkindergarten: ganztags halbtags
 besucht einen Sonderkindergarten; um welche Sonderform handelt es sich?

 ist in der Frühförderung
 besucht die Regelschule: bitte Schulklasse angeben: _____ Klasse
 besucht eine Sonderschule, um welche Sonderschulform handelt es sich?

Besondere Belastungen:

- Zustand nach Trennung der Eltern/Verlust eines Elternteils
 Problematische Sorgerechtsregelung/Besuchsrechtsregelung
 Probleme im Kindergarten
 Probleme in der Schule
 Schwere chronische Erkrankung: _____
 Sonstiges: _____

1. Medizinische Indikationen siehe ärztliche Atteste:

Bemerkungen: _____

2. Befindlichkeits-/Regulationsstörungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe- und Angstgefühle |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Störungen des Verdauungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Eßstörungen | <input type="checkbox"/> Aktivitätsstörungen (sehr aktives Kind, unruhig) |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Einnässen: <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht |
| <input type="checkbox"/> dauernde Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Einkoten: <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| _____ | |
| _____ | |