

Anmeldung zur Vater-Kind-Kur

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

Förderring Jugend und Familie e. V. im Bistum Münster
Harsewinkelgasse 19, 48143 Münster
Tel. (02 51) 16285 0 Fax (02 51) 16285 20
email: info@foerderring.de

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

Personalien des Mannes

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsname: _____

Anschrift: _____

und

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

Familienstand: _____ Religion: _____

Nationalität: _____ Erlernter Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Anschrift des Arztes: _____

Krankenkasse: _____

Personalien der Frau

Name: _____ Vorname: _____

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

Kinder

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)?

Raucher?

ja nein

Frühere Kuraufenthalte - wann/wo?

Datum/Unterschrift des Antragstellers: _____

Zusatzbogen zum Antrag auf eine Vater-Kind-Kur:

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

VATER

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

1. Medizinische Indikationen siehe ärztliche Atteste:

Bemerkungen: _____

2. Besondere Belastungen:

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

3. Befindlichkeits-/Regulationsstörungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> dauernde Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Eßstörungen | <input type="checkbox"/> Unruhe- und Angstgefühle |
| <input type="checkbox"/> Störungen des Kreislaufs | <input type="checkbox"/> Störungen des Verdauungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Wirbelsäule | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

Zusatzbogen zum Antrag auf eine Vater-Kind-Kur:

für: Haus 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 |

Dauermedikation einschl. Dosierung:

Bitte nennen Sie die Behandlungen/Maßnahmen, die in den letzten Monaten durchgeführt wurden!

- Psychotherapie
- Krankengymnastik
- Physikalische Therapie
- Ambulante medizinische Rehabilitation
- Ergotherapie
- Logopädie
- Teilnahme an Gesundheitsförderungskursen/-maßnahmen
- Teilnahme an Selbsthilfeaktivitäten
- Sonstiges: _____

Ist Entlastung von belastenden Lebensverhältnissen erforderlich?

nein ja Von welchen? Familiäre Belastungen

Belastungen am Arbeitsplatz

Umweltbelastungen

Liegen Risikofaktoren vor?

nein ja Welche?

Rauchen

Zigaretten: täglich bis 10 Stück

bis 20 Stück

über 20 Stück

Pfeife od. Zigarren

Übergewicht/Fehlernährung

Alkohol: gelegentlich

regelmäßig

Bewegungsmangel/Fehlhaltung

Erhöhter Blutdruck

Stress/Psychophysische Erschöpfung

Erhöhter Schmerz-/Beruhigungsmittelgebrauch

Drogen

Art: _____

Liegen Regulationsstörungen vor?

nein ja Welche?

Psychosomatische oder psychovegetative Beschwerden

Drohende psychosomatische Erkrankungen

Rezidivierende funktionelle Schmerzzustände von seiten des Bewegungsapparates

Andere funktionelle Schmerzzustände

Schlafstörungen

Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

Ärztliches Attest – Seite 3 – für Herrn _____

Bestehen Behinderungen/Funktionsbeeinträchtigungen?

nein ja Welche?

Selbstversorgung

Haushaltsführung

Berufsausübung

Soziale Aktivitäten (ggf. näher erläutern)

Welches Vorsorge- bzw. Reha-Ziel soll angestrebt werden?

Wenn in den letzten vier Jahren eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde, bitte auch diese Frage beantworten:

Ist eine Vorsorge-/Rehabilitationskur bzw. –maßnahme vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von vier Jahren medizinisch notwendig?

nein ja Bitte begründen: _____

Empfohlen wird (Kurort): _____

Sind bei der Auswahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung besondere Behinderungen und Anforderungen zu beachten?

nein

ja Welche? _____

Welche Kostform ist erforderlich?

Normalkost

Schonkost

Diät, und zwar _____

Sonstiges (z. B. Unverträglichkeiten):

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Hinweis für die Ärztin/den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 77 EBM berechnungsfähig.

Ärztliches Attest – Seite 2 – für das Kind _____

Nebendiagnosen: _____

Aktuelle Untersuchungsbefunde:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg RR: _____ mm Hg

Behinderung: nein ja, und zwar: _____

Ist ein Begleitperson erforderlich? nein ja

Anfallsleiden: nein ja

Dauermedikation einschl. Dosierung:

Bitte nennen Sie die Behandlungen/Maßnahmen, die in den letzten Monaten durchgeführt wurden!

- Psychotherapie, Erziehungsberatung
- Krankengymnastik
- Physikalische Therapie
- Ambulante medizinische Rehabilitation
- Frühförderung
- Ergotherapie
- Logopädie
- Teilnahme an Gesundheitsförderungskursen/-maßnahmen
- Teilnahme an Selbsthilfeaktivitäten
- Sonstiges: _____

Liegen Risikofaktoren vor?

nein ja Welche?

- Übergewicht/Fehlernährung
- Bewegungsmangel/Fehlhaltung
- Erhöhter Schmerz-/Beruhigungsmittelgebrauch

Liegen Regulationsstörungen vor?

nein ja Welche?

- Psychosomatische oder psychovegetative Beschwerden
- Drohende psychosomatische Erkrankungen
- Rezidivierende funktionelle Schmerzzustände von seiten des Bewegungsapparates
- Andere funktionelle Schmerzzustände
- Schlafstörungen
- Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen
- _____

Bestehen Behinderungen/Funktionsbeeinträchtigungen?

nein ja Welche?

- „Selbstversorgung“ (Regelkindergarten, Regelschule?)
 - Soziale Aktivitäten (ggf. näher erläutern)
-

Ärztliches Attest – Seite 3 – für das Kind

Welches Vorsorge- bzw. Reha-Ziel soll angestrebt werden?

Wenn in den letzten vier Jahren eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde, bitte auch diese Frage beantworten:

Ist eine Vorsorge-/Rehabilitationskur bzw. -maßnahme vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von vier Jahren medizinisch notwendig?

nein ja Bitte begründen: _____

Empfohlen wird (Kurort): _____

Sind bei der Auswahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung besondere Behinderungen und Anforderungen zu beachten?

nein ja Welche? _____

Welche Kostform ist erforderlich? Normalkost Schonkost

Diät, und zwar _____

Sonstiges (z. B. Unverträglichkeiten):

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Hinweis für die Ärztin/den Arzt: Für die Angaben ist die Nr. 77 EBM berechnungsfähig.