

Anmeldung zur Vater-Kind-Maßnahme

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

Caritas Gesundheitszentrum – Fachstelle Belegung -
Harsewinkergasse 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 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-Maßnahme

für: Fachklinik 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"/> Ess-Störungen | <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-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"/> _____ | |