

**Selbstauskunftsbogen zum Antrag zur Teilnahme
am Projekt „MIA“- Miteinander Auszeit**

Datum:

Vor- und Zuname:

Versicherungsnummer:

Anschrift:

Aktuelle Telefonnummer(n):

Kinder:

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Im gemeinsamen Haushalt lebend?

Lebenssituation:

- Verheiratet
- In Partnerschaft lebend
- Patchworkfamilie
- Allein erziehend

Berufliche Situation:

- Berufstätig alsfürStd./Woche
- Hausfrau
- Karenz seit: bis
- Krankenstand seit
- Arbeitslos seit:

Gesundheitliche Situation:

Ich leide unter / an	Seit Wochen	Seit Monaten	Seit Jahren	Erläuterungen
Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ständiger Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Starker Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich leide unter / an	Seit Wochen	Seit Monaten	Seit Jahren	Erläuterungen
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Bitte um Beschreibung (Häufigkeit, Intensität, ärztliche/therapeutische Behandlung)
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebensmüden Gedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstverletzendem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essstörungen (Magersucht, Ess-Brechsucht,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstige **gesundheitliche / psychische Beschwerden** und Erkrankungen in den letzten 12 Monaten (unabhängig davon, ob ärztlich / therapeutisch behandelt oder nicht), etwaige **Diagnosen** von behandelnden Hausärzten/ Fachärzten/ Psychologen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich fühle mich in der Lage:	voll & ganz	meistens	teils- teils	selten	gar nicht
meine alltäglichen Probleme zu lösen/ Entscheidungen zu treffen					
meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen					
schwierige Situationen zu bewältigen					
ausreichend auf meine und die Gesundheit meiner Kinder zu achten					
auf meine Erholung zu achten					

Bei Bedarf Erläuterungen zu den angekreuzten Problemen, Auswirkungen auf den Alltag

Belastungsfaktoren (bitte wenn vorhanden ankreuzen)

Erläuterungen

- Probleme am Arbeitsplatz
- (Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit
- Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen
- Finanzielle Sorgen/Schulden
- Pflegebedürftige Angehörige
- Tod eines nahen Angehörigen
- Chronische Erkrankung Angehöriger
- Suchtproblematik von Familienmitgliedern
- Erziehungsschwierigkeiten
- Behindertes/entwicklungsverzögertes Kind
- Beengte Wohnverhältnisse
- Ständiger Zeitdruck
- Partnerschaftskonflikte
- (Akute) Trennungsphase
- Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder
- Bewegungsmangel
- Unter/Übergewicht
- Probleme mit Alkohol/Drogen.....
- Medikamentenkonsum

Bisherige medizinische oder psychotherapeutische/psychologische Maßnahmen

(auch private und auf eigene Kosten durchgeführte Behandlungen):

.....
.....

Aktuelle Behandlung (privat oder Kasse):

Psychiatrischer Facharzt Psychotherapeutische/Psychologische Behandlung

Andere:

.....

Bisherige stationäre Aufenthalte aufgrund oben beschriebener Beschwerdebilder:

.....
.....

Ich nehme zurzeit folgende **Medikamente** (auch nicht ärztlich verordnete und

naturheilkundliche /homöopathische Präparate):

.....

Welche **Erwartungen** habe ich an den Kuraufenthalt, welche Verbesserungen/Ziele will

ich erreichen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Platz für weitere Anmerkungen, die für einen Kuraufenthalt relevant sein könnten:

.....
.....
.....
.....

Bitte schließen Sie wenn vorhanden aussagekräftige Befunde bei!

Danke!