

Schritt für Schritt zur Vater-Kind-Reha

1. Bitte füllen Sie den Meldebogen und den Selbstauskunftsbogen für sich und Ihre Kinder aus. Diese Formulare finden Sie weiter unten in diesem Dokument. Senden Sie die ausgefüllten Bögen dann an die Kur + Reha GmbH, Eggstraße 8, 79117 Freiburg.
2. Wir schicken Ihnen daraufhin die ärztlichen Atteste für Sie und Ihre Kinder zu.
3. Diese Atteste sollte Ihr Haus- bzw. Kinderarzt baldmöglichst ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass jede Person, die an der Kur teilnimmt, ein eigenes Attest benötigt.
4. Die ausgefüllten Atteste schicken Sie dann wieder an uns zurück. Nun erfolgt durch uns die Antragstellung bei Ihrer Krankenkasse.
5. Sie suchen anschließend gemeinsam mit uns einen passenden Termin in einer für Sie optimal geeigneten Einrichtung.
6. Die Rückmeldung der Krankenkasse geht direkt an Sie: Kostenzusage oder Ablehnung der Krankenkasse bitte an uns weiterleiten.
7. Bitte denken Sie daran: Im gesamten Verfahren, vom Antrag bis zur Genehmigung, stehen wir Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Bei allen Fragen und Problemen unterstützen wir Sie völlig kostenlos.

Noch Fragen?



Rufen Sie einfach an - kostenlos!
08000 82 82 82

oder senden Sie ein Fax:
0800 2 23 23 75



Infos auch unter
<http://www.kur.org>
oder per eMail
info@kur.org

Meldebogen Vater-Kind-Reha

☞ **Tipp:** Wenn Sie uns den Meldebogen und die Selbstauskunft schnellstmöglich zurücksenden, können wir Ihnen die für Ihren Antrag notwendigen Atteste zusenden. Danke!

Kur + Reha GmbH
Eggstraße 8

79117 Freiburg

Noch Fragen?

Montag bis Freitag
8.00 bis 16.00 Uhr

☎ 0 8000 / 82 82 82
☎ 0 800 / 2 23 23 75
✉ info@kur.org

Interner Vermerk

H	
V	
B	

Mutter (Personalien und Krankenkasse)		<input type="checkbox"/> nimmt teil (ggf. ankreuzen)	
Nachname:	Vorname:	Geb.-Datum:	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verw.	Beruf (z. Zt.):		
Straße:	PLZ:	Ort:	
Email:	Telefon:	Telefax:	
Krankenkasse:	Sachbearbeiter:		
Straße:	PLZ:	Ort:	
Email:	Telefon:	Telefax:	
<input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert über Ehepartner		Versicherungsnummer:	

Vater (Personalien und Krankenkasse)		<input checked="" type="checkbox"/> nimmt teil (ggf. ankreuzen)	
Nachname:	Vorname:	Geb.-Datum:	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verw.	Beruf (z. Zt.):		
Straße:	PLZ:	Ort:	
Email:	Telefon:	Telefax:	
Krankenkasse:	Sachbearbeiter:		
Straße:	PLZ:	Ort:	
Email:	Telefon:	Telefax:	
<input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert über Ehepartner		Versicherungsnummer:	

Kinder (Personalien) – bei selbstversicherten Kindern bitte auch Kasse auf Seite 2 des Meldebogens angeben.					
<small>Bitte nur teilnehmende Kinder angeben.</small>	Nachname:	Vorname:	Geb.-Datum:	Versichert über:	Versicherungsnummer:
1. Kind				<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> selbst	
2. Kind				<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> selbst	
3. Kind				<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> selbst	
4. Kind				<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> selbst	

Kinder (Krankenkasse) Bitte nur ausfüllen, wenn Kind selbstversichert ist.

Kranken- kasse:		Sach- bearbeiter:	
Straße:		PLZ:	Ort:
Email:		Telefon:	Telefax:

☞ **Tip:** Wenn mehrere Kinder bei unterschiedlichen Kassen versichert sind (selbstversichert) verwenden Sie bitte ggf. ein Beiblatt.

Im Krankheitsfalle (während der Kur) zu benachrichtigen

Nachname:		Vorname:	
Straße:		PLZ:	Ort:
Email:		Telefon:	Telefax:

Wünsche / Infos für Ihren Aufenthalt in unserer Einrichtung

☞ **Beispiele:** Hinweise zu Behinderung(en), notwendiges Gitterbett, Allergien, Diäten etc.

Gewünschter Anreiseternin / bei Ferienterminen bitte Ihr Bundesland angeben

Gewünschte Einrichtung / Schwerpunktkuren

	Klinik:	Ort:	Lage:	Angebot:	Gewünschte Schwerpunktkur:
<input type="checkbox"/>	Klinik Borkum	Borkum	Nordsee	Mutter-/Vater-Kind-Kuren	
<input type="checkbox"/>	Klinik Waldfrieden	Buckow	Märkische Schweiz	Mutter-Kind-Kuren	
<input type="checkbox"/>	Klinik Schwabenland	Dürmentingen	Schwäbische Alb	Mutter-/Vater-Kind-Kuren	
<input type="checkbox"/>	Klinik Feldberg	Feldberg	Hochschwarzwald	Mutter-/Vater-Kind-Kuren	
<input type="checkbox"/>	Klinik Saarwald	Nohfelden	Hunsrück	Mutter-/Vater-Kind-Kuren	
<input type="checkbox"/>	Klinik Zorge	Zorge	Harz	Mutter-/Vater-Kind-Kuren	
<input type="checkbox"/>	Klinik Kandertal	Malsburg-Marzell	Schwarzwald	Für diese Klinik fordern Sie bitte die speziellen Antragsunterlagen bei uns an. Die Terminvergabe findet erst nach vorliegender Kostenzusage direkt in der Klinik statt.	

Gerne beraten wir Sie auch in Bezug auf unsere Schwerpunktkuren und Selbstzahlerangebote. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie weitere Infos benötigen. Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Datum

Unterschrift Patient/in

Eine große Bitte: Der Meldebogen dient der Terminreservierung. Aus diesem Grund, den Meldebogen und den Selbstauskunftsbogen schnellstmöglich an uns zurück senden.

Datenschutzhinweis: Die personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung der Kur (Vorbereitung mit Finanzierung, Information an Arzt usw.) erforderlich.

© 2007 Kur + Reha GmbH, Freiburg



Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge / Rehabilitation für Vater und Kind nach §§ 24, 41 SGB V

Name, Vorname		<i>Gesamtzahl der Kinder</i>	
Geburtsdatum		<i>davon im Haushalt lebend</i>	
Straße		<i>Geburtsdaten der Kinder:</i>	
PLZ Ort			
<i>Krankenversicherungs-Nummer:</i>			

Meine letzte Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme war noch nie
 vor _____ Jahren, Art der Maßnahme

1. Lebenssituation:

ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet
 in Partnerschaft lebend alleinerziehend **Schwangerschaft** ja nein

Berufliche Situation:

Berufstätig als mit _____ Std. in der Woche
 Vater und Hausmann Elternzeit bis arbeitslos seit

2. Gesundheitliche Situation:

Gesundheitsstörungen:	seit			Bitte erläutern Sie die Auswirkungen der angekreuzten Gesundheitsstörungen in Ihrem Alltag – (Pflichtangabe)
Ich leide an / unter	Wochen	Monaten	Jahren	
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ständiger Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> starker Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstigen Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstige **gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen** in den letzten 12 Monaten
(welche, wie oft, wie stark – unabhängig davon, ob ärztlich behandelt oder nicht)

3. Welche Probleme ergeben sich im Alltag

(Erläuterungen zu den angekreuzten Problemen bitte auf Beiblatt – Pflichtangabe)

<i>Ich fühle mich in der Lage</i>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
meine alltägliche Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend auf meine Gesundheit zu achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienmitgliedern zu helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu</i>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Kind(ern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern und Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ich fühle mich belastet durch</i>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanzielle Sorgen / Schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trifft zu	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe / Entspannung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meiner Rolle als Vater anerkannt und gewürdigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Belastende Kontextfaktoren (person- und umweltbezogen):

Erläuterungen – (Pflichtangabe)

<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige	
<input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen	
<input type="checkbox"/> chronische Krankheit von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen	
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> entwicklungsverzögerte/s / behinderte/s Kind/er	
<input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse	
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung	
<input type="checkbox"/> Fehlernährung	
<input type="checkbox"/> Unter- / Übergewicht	
<input type="checkbox"/> RaucherIn	
<input type="checkbox"/> Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum	
<input type="checkbox"/> Mangelnde Unterstützung und Anerkennung	
<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft	
<input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme	
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase	
<input type="checkbox"/> starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder	

5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort

Name und Anschrift des Hausarztes

Hausärztliche Behandlung, seit wann und warum

Fachärztliche Behandlung, seit wann und warum

Folgende Facharztberichte / andere Berichte lege ich bei

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein (*unabhängig, ob ärztlich verordnet oder nicht – auch naturheilkundliche / homöopathische Präparate*)

Ärztlich verordnete Maßnahmen

Erläuterungen – (Pflichtangabe)

Krankenhausaufenthalt

Krankengymnastik

Massagen

Rückenschule

Psychotherapie

Sonstiges

Privat / auf eigene Kosten durchgeführte Maßnahmen

Gymnastik

andere sportliche Betätigung

Sauna / Schwimmen

naturheilkundliche / homöopathische
Behandlung

Selbsthilfegruppe

Ehe- / Paarberatung

Erziehungsberatung

<input type="checkbox"/> Vater-Kind-Turnen / Mutter-Kind-Turnen	
<input type="checkbox"/> Nutzung von Kinderbetreuungsangeboten (KiTa, Hort,...)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Gründe, warum bisher keine weiteren Maßnahmen durchgeführt werden konnten (z. B. bei großer Entfernung zu Hilfsangeboten / Therapiemöglichkeiten, schlechter Verkehrsanbindung, Probleme der Kinderbetreuung usw.)

6. Vorsorge- / Rehabilitationsziele aus Sicht der Mutter / des Vaters

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für mich erreichen

- 1.
- 2.
- 3.

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für meine Kinder erreichen

- 1.
- 2.
- 3.

7. Wünsche bezüglich der Einrichtung

- kleine Einrichtung
 christlich orientiertes Haus
 Aufnahme ausschließlich von Frauen
 besondere Therapieangebote
 Sonstiges

Erklärung

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, dass diese Daten der Beratungsstelle, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung im Rahmen des Antragsverfahrens zugänglich gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn

8. Ergänzende Anmerkungen / Erläuterungen zu Punkt 3.

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

(bitte dieses Formular für jedes Kind separat ausfüllen)

Name und Adresse des Kindes:

Kinderärztin/Kinderarzt:

		Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
<input type="checkbox"/>	Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/>	Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/>	Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/>	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/>	Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/>	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/>	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und/oder Kindergartenerfahrung	

Zusätzliche Angaben: _____

Anlage zum Selbstauskunftsbogen von Herrn _____

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

(bitte dieses Formular für jedes Kind separat ausfüllen)

Name und Adresse des Kindes:

Kinderärztin/Kinderarzt:

		Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
<input type="checkbox"/>	Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/>	Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/>	Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/>	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/>	Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/>	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/>	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und/oder Kindergartenerfahrung	

Zusätzliche Angaben: _____