

QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter, Väter, Kinder / pflegende Angehörige	 AW Kur und Erholungs GmbH www.aw-kur.de	Kurhaus Baltic	Großenbrode	
		Huus achtern Diek	Norden-Norddeich	
		Kurzentrum Norderney	Norderney	X
		Haus am Meer	Zingst	
		Landhaus Fernblick	Winterberg	
Selbstauskunftsbogen		INT Verwaltung		

Sehr geehrte Frau _____

Sie werden vom _____ bis zum _____ im Kurzentrum Norderney eine Mutter-Kind-Kur antreten. Damit wir uns ein besseres Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten, beruflichen und privaten Belastungen, aber auch von Ihren Zielen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen sorgfältig zu lesen und vollständig ausgefüllt **6 Wochen vor** Kurbeginn an uns zurückzuschicken (Kurzentrum Norderney, Benekestr. 26, 26548 Norderney). Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf freiwilliger Basis, ihre Angaben behandeln wir selbstverständlich vertraulich, sie unterliegen der ärztlichen und therapeutischen Schweigepflicht.

Mit Ihren Informationen helfen Sie uns, zu einer effektiven Kurplanung und zum Erfolg der Mutter-Kind-Kur beizutragen.

Für ihre Mühe bedanken wir uns im Voraus.

Name:

Lebenssituation:

Wie ist ihr Familienstand:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> fester Partner seit |
| <input type="checkbox"/> verheiratet seit..... | <input type="checkbox"/> geschieden seit..... |
| <input type="checkbox"/> verwitwet seit | <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit |

aktuelle Schwangerschaft: ja nein

Migrationshintergrund (für MGW-Statistik) ja nein

Ich kann an Nordic Walking/Abhärtung und Schwimmen teilnehmen ja nein

Im Haushalt werde ich durch Angehörige unterstützt: ja nein

Wenn ja, durch wen:

Womit füllen Sie die meiste Freizeit aus?

Gegenwärtige Interessen, Hobbies:

Treiben Sie Sport? ja nein

Welche Sportarten betreiben Sie:

Bemerkungen: _____

Dok.-Nr.	Version	Freigabe	Datum	Gültigkeit für				Seite	
INT_NOK_PSD01	9.0	KL	15.03.2024	Vorsorge	<input checked="" type="checkbox"/>	Reha	<input checked="" type="checkbox"/>	PfA	Seite 1 von 6

QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter, Väter, Kinder / pflegende Angehörige	 AW Kur und Erholungs GmbH www.aw-kur.de	Kurhaus Baltic	Großenbrode	
		Huus achtern Diek	Norden-Norddeich	
		Kurzentrums Norderney	Norderney	X
		Haus am Meer	Zingst	
		Landhaus Fernblick	Winterberg	
Selbstauskunftsbogen		INT Verwaltung		

Wohnsituation:

Ich wohne zusammen mit

Ich wohne in einer/einem

Mietwohnung Eigentumswohnung eigenen Haus

Zimmeranzahl:

Ich empfinde meine Wohnsituation als

sehr schlecht schlecht ausreichend gut sehr gut

weil

Schulischer Werdegang und berufliche Situation/Tätigkeit:

Welche Schulen (einschließlich Hochschule, Fachhochschule, Meisterschule) haben Sie besucht?

Schulart	Ort	Vonbis	Abschluß

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Beruf	Ort	Vonbis	Abschluß

Zur Zeit bin ich tätig als _____ Stunden/Woche

Ich erlebe die Berufstätigkeit eher als belastend entlastend

Ich gehe keiner Berufstätigkeit/Beschäftigung nach, sondern ich bin

Mutter/Hausfrau Elternzeit
 arbeitsunfähig seit _____ arbeitslos seit _____

Wie sieht Ihre berufliche Perspektive aus?

Dok.-Nr.	Version	Freigabe	Datum	Gültigkeit für				Seite	
INT_NOK_PSD01	9.0	KL	15.03.2024	Vorsorge	x	Reha	x	PfA	Seite 2 von 6

QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter, Väter, Kinder / pflegende Angehörige	 AW Kur und Erholungs GmbH www.aw-kur.de	Kurhaus Baltic	Großenbrode	
		Huus achtern Diek	Norden-Norddeich	
		Kurzentrum Norderney	Norderney	X
		Haus am Meer	Zingst	
		Landhaus Fernblick	Winterberg	
Selbstauskunftsbogen		INT Verwaltung		

Gesundheitliche Situation

Schildern Sie bitte ihre Beschwerden. Woran leiden Sie zurzeit? Was fällt Ihnen schwer?

Bitte stufen Sie ihre Befindlichkeit (getrennt nach körperlicher und psychisch/seelischer Befindlichkeit auf einer Skala von 1 bis 10 ein), als Sie den Kurantrag gestellt haben, wobei der Wert 1 die ihrer Meinung nach schlechteste und 10 die bestmögliche Einschätzung darstellt.

Kurantrag	körperlich :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	psych./seel.:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Welche Probleme ergeben sich aus den genannten Beschwerden für Sie im Alltag, z. B. Schwierigkeiten tägliche Aufgaben zu erledigen, anstehende Entscheidungen zu treffen, auf die Gesundheit zu achten, in der Beziehung zu den Kindern und/oder Partner, Kontakte zu Freunden zu pflegen, Hobbys nachzugehen.

Gesundheitliche Befindlichkeitsstörungen

Ich leide seit	Wochen	Monaten	Jahren an/unter
<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"/> 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"/> Unwohl- und Angstgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten	<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"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dok.-Nr.	Version	Freigabe	Datum	Gültigkeit für				Seite	
INT_NOK_PSD01	9.0	KL	15.03.2024	Vorsorge	<input checked="" type="checkbox"/>	Reha	<input checked="" type="checkbox"/>	PfA	Seite 3 von 6

QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter, Väter, Kinder / pflegende Angehörige	 AW Kur und Erholungs GmbH www.aw-kur.de	Kurhaus Baltic	Großenbrode	
		Huus achtern Diek	Norden-Norddeich	
		Kurzentrum Norderney	Norderney	X
		Haus am Meer	Zingst	
		Landhaus Fernblick	Winterberg	
		Selbstauskunftsbogen		INT Verwaltung

Nennen Sie ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate

Name: _____

Anschrift: _____

Fachrichtung: _____

Welche medizinischen/therapeutischen Behandlungen wurden aufgrund ihrer Beschwerden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

- hausärztliche Behandlung
- fachärztliche Behandlung
- Krankengymnastik
- andere physikalische Therapien (z. B. Massagen, Wärmeanwendungen)
- Elektrotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie (Sprach-/Sprechtherapie)
- Psychotherapie
- _____

Haben Sie darüber hinaus noch etwas zur Linderung ihrer Beschwerden unternommen, z. B. Entspannungstraining, Heilpraktikerbehandlung, Sport, Gymnastik, Akupunktur, Selbsthilfegruppe, Ernährungsberatung

Nehmen Sie regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente?

nein ja wenn ja, welche und wie oft?

Nehmen Sie gelegentlich auch Medikamente ein, die nicht ärztlich verordnet sind?

nein ja wenn ja, welche und wie oft?

Dok.-Nr.	Version	Freigabe	Datum	Gültigkeit für					Seite
INT_NOK_PSD01	9.0	KL	15.03.2024	Vorsorge	x	Reha	x	PfA	Seite 4 von 6

QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter, Väter, Kinder / pflegende Angehörige	 AW Kur und Erholungs GmbH www.aw-kur.de	Kurhaus Baltic	Großenbrode	
		Huus achtern Diek	Norden-Norddeich	
		Kurzentrum Norderney	Norderney	X
		Haus am Meer	Zingst	
		Landhaus Fernblick	Winterberg	
		Selbstauskunftsbogen		INT Verwaltung

Meine letzte Kurmaßnahme war:

noch nie vor _____ Jahren in _____

Verlauf: positiv, weil negativ, weil _____

Belasten Sie einer oder mehrere der folgenden Umstände?

- Ehe-/Partnerschaftskonflikte
- Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes
- Tod eines nahen Angehörigen
- häufige oder chronische Krankheit der Kinder
- Arbeitslosigkeit
- allein erziehend
- (beengte) Wohnverhältnisse
- finanzielle Sorgen / Schulden in der Familie
- Suchtproblematik von Familienangehörigen
- entwicklungsverzögertes / behindertes Kind
- _____
- _____

Persönliche Risikofaktoren, die mich belasten sind

- ständiger Zeitdruck
- Schwierigkeiten bei Problembewältigung
- Erziehungsschwierigkeiten
- eigene Arbeitslosigkeit
- soziale Isolation
- Probleme am Arbeitsplatz
- Bewegungsmangel und Fehlhaltung
- Fehlernährung
- Unter-/Übergewicht Gewicht _____
- Raucherin
- _____
- _____

Meine wichtigsten Ziele während der Maßnahme sind:

1. _____
2. _____
3. _____

Dok.-Nr.	Version	Freigabe	Datum	Gültigkeit für					Seite
INT_NOK_PSD01	9.0	KL	15.03.2024	Vorsorge	<input checked="" type="checkbox"/>	Reha	<input type="checkbox"/>	PfA	Seite 5 von 6

QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH Vorsorge- und Rehabilitationskliniken für Mütter, Väter, Kinder / pflegende Angehörige	 AW Kur und Erholungs GmbH www.aw-kur.de	Kurhaus Baltic	Großenbrode	
		Huus achtern Diek	Norden-Norddeich	
		Kurzentrums Norderney	Norderney	X
		Haus am Meer	Zingst	
		Landhaus Fernblick	Winterberg	
		Selbstauskunftsbogen		INT Verwaltung

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des/der Kindes/Kinder:

Name/n des Kindes/der Kinder:

1.	2.
3.	4.

Name Kinderarzt/-ärztin: _____

Adresse: _____

Was trifft zu:	Anmerkungen:
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Kinder	
<input type="checkbox"/> Allergien	
<input type="checkbox"/> Psychische Probleme	
<input type="checkbox"/> Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Essstörungen	
<input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> Schwierige Mutter/Vater-Kind Beziehung	
<input type="checkbox"/> Schulprobleme	
<input type="checkbox"/> Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/> Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/> Gruppen- und/oder Kindergarten Erfahrung	

Die Ziele für mein/e Kind/er sind:

Gibt es weitere Informationen über Ihr Kind, die wichtig sind? Falls ja, bitte angeben:

Dok.-Nr.	Version	Freigabe	Datum	Gültigkeit für				Seite	
INT_NOK_PSD01	9.0	KL	15.03.2024	Vorsorge	x	Reha	x	PfA	Seite 6 von 6