

Selbstauskunftsbogen der Mutter/des Vaters zum Antrag auf medizinische Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter

Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum
Krankenkasse bkk melitta hmr	Versichertennummer	

Familienstand

- verheiratet in Partnerschaft lebend ledig
 getrennt lebend, seit _____ geschieden, seit _____
 verwitwet, seit _____

Im Haushalt lebende Kinder

Anzahl: _____ Alter: _____

Berufliche Situation

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

_____ Std./Woche

Arbeitszeiten: _____
(bitte Wochentage und Uhrzeiten angeben)

- Schichtdienst: ja nein
Selbstständig ja nein
Empfinden Sie Ihre Berufstätigkeit eher entlastend? eher belastend?

Üben Sie eine Nebentätigkeit aus?

- nein ja, _____ Std./Woche
 Hausfrau/-mann seit _____
 Elternzeit von _____ bis _____
 arbeitslos/arbeitssuchend seit _____
 arbeitsunfähig wegen Krankheit seit _____
 erwerbsunfähig (auf Grund welcher Erkrankung? _____)

Arbeitszeiten meines Ehepartners: _____
(bitte Wochentage und Uhrzeiten angeben)

Angaben zur Rentenversicherung

Haben Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?

- nein
 ja, an folgende Stelle: DRV Bund (Berlin) DRV regional in _____

Beziehen Sie derzeit eine Rente?

- nein
 ja, Altersrente EU-Rente auf Dauer _____

Gesundheitliche Situation

Schildern Sie bitte kurz Ihre gesundheitlichen Beschwerden (der letzten 12 Monate)

Welche Probleme ergeben sich aus den genannten Beschwerden für Ihren Alltag (z.B. Tagesablauf, Beziehung zu den Kindern, Partnerschaft, Beruf)?

Belastende Begleitumstände, persönliche Risikofaktoren und Kontextfaktoren (Lebensumstände)

- Partnerschafts-/Ehekonflikte
- Pflegebedürftigkeit oder schwere Erkrankung eines Familienmitglieds, seit _____
- Tod eines nahen Familienangehörigen _____, wann _____
- chronische Krankheit des Partners des Kindes/der Kinder _____
- Suchtproblematik des Familienangehörigen _____, seit _____
- beengte Wohnverhältnisse
- alleinerziehend (nicht in Partnerschaft lebend)
- entwicklungsverzögertes oder behindertes Kind _____
- finanzielle Sorgen
- eigene Arbeitslosigkeit Arbeitslosigkeit des Partners
- ständiger Zeitdruck
- Erziehungsschwierigkeiten
- soziale Isolation, Bewegungsmangel
- Unter-/Übergewicht Größe _____ Gewicht _____
- Raucher/in
- Probleme am Arbeitsplatz
- Schwierigkeiten bei Problembewältigung, insbesondere denen des Alltags
- sonstiges _____

Konnten Sie – bei entsprechendem Bedarf – in den letzten 12 Monaten ein oder mehrere der folgenden entlastenden Angebote am Wohnort in Anspruch nehmen?

- Heilmitteltherapie Massagen Rehabilitationssport / Funktionstraining Psychotherapie
- Familien-/Ehe-/Erziehungsberatung Konfliktberatung Suchtberatung
- Schuldnerberatung Selbsthilfegruppen
- Gymnastik/sportliche Betätigung: _____
- Entspannungstechniken: _____
- keine

Erhalten Sie regelmäßig oder bei Bedarf Unterstützung bei der Versorgung von Haushalt und/oder den Kindern?

- nein
 ja, durch _____
zeitlicher Umfang _____

Nutzen Sie örtliche Angebote der Kinderbetreuung wie

- Kindergarten/Tagesmutter: von _____ bis _____
 Tagesmutter Spielkreis keine
 sonstige _____

Haben Sie in den letzten drei Monaten regelmäßig Medikamente eingenommen?

- nein
 ja, folgende: _____

Geben Sie bitte Namen, Anschrift Ihres/r Hausarztes/Hausärztin an:

Bei welchen Fachärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Arzt	Fachrichtung	Grund

Welche gesundheitlichen Probleme waren für die Antragstellung ausschlaggebend?

- Ihre eigenen gesundheitlichen Probleme die eines Ihrer Kinder

Was erwarten Sie sich von der Mutter/Vater-Kind-Maßnahme? (Ziel der Maßnahme)

Folgende Besonderheiten sind bei mir zu beachten (Allergien, Unverträglichkeiten, Behinderungen)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/der Versicherten

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter datenschutz@bkk-melitta.de an.

