

Name und Anschrift der Krankenkasse:

Name und Anschrift der/des Versicherten:

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

.....  
.....  
.....  
VS-Nr.: .....

**Antrag  
auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen  
nach §§ 24, 41 SGB V**

**Entsprechend dem beigefügten ärztlichen Attest beantrage ich eine stationäre Maßnahme** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Mutter-Kind-Maßnahme
- Vater-Kind-Maßnahme

- Mütter-Maßnahme
- Väter-Maßnahme

für mich selbst .....  
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

für mein Kind .....

für mein Kind .....

für mein Kind .....

**Grund der Maßnahme:**

Meine Gesundheitsstörungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Unterlagen.

Meine Gesundheitsstörungen sind eine Folge

- eines Arbeitsunfalls/ einer Berufskrankheit
  - ja
  - nein

- eines sonstigen Unfallereignisses (z.B. Verkehrsunfall, Unfall beim Sport)
  - ja
  - nein

Meine Erwerbsfähigkeit ist nicht erheblich gefährdet bzw. gemindert.

**Einwilligungserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zu meiner Person und der meiner Kinder für den angegebenen Zweck und Dauer gespeichert und im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen den für meine Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme zusammen arbeitenden Stellen (Beratungsstelle, zentrale Vermittlungsstelle, Arzt, Kostenträger, Kureinrichtung) übermittelt werden.

Datum.....                      Unterschrift .....



**Frauenarbeit**  
der Evangelisch-Lutherischen  
Landeskirche Sachsens

01097 Dresden, Hauptstraße 23  
**Müttergenesung**

Tel.: 0351 / 8124-234; -247; -248  
Fax: 0351 / 8124-249  
muettergenesung.sachsen@evlks.de  
www.frauenarbeit-sachsen.de

### ANMELDUNG

#### zu einer stationären Maßnahme zur Vorsorge/Rehabilitation (gem. §§ 24/41 SGB V) in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes

Mutter-Kind-Kur  Vater-Kind-Kur  Kur für pflegende Angehörige   
Mütterkur  Vaterkur  (gem. §§ 23/40 SGB V)

#### 1. Persönliche Angaben:

Familienname: ..... Vorname: .....

geboren am: ..... Konfession: ..... Familienstand:

ledig  verh.  verw.  gesch.  getr.leb.  Lebensgem.  eingetr.Lebensgemeinschaft

Wohnanschrift: PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

Tel. priv: ..... Tel. dienstl.\*): .....

Tel. mobil: ..... e-mail: .....

Beruf: ..... jetzige Tätigkeit: .....

beschäftigt bei: .....

wann und wo war die letzte Kur : .....

#### 2. Krankenkasse mit Anschrift und Telefon:

.....  
gesetzlich versichert  privat versichert  beihilfeberechtigt

wenn familienversichert - bitte Hauptversicherten angeben:

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

**3. Kinder:** Anzahl: ..... Geburtsjahre der Kinder: .....

#### 4. Mitkurende Kinder:

1. Name: ..... Vorname: .....

geb. am: ..... Krankenkasse: .....

2. Name: ..... Vorname: .....

geb. am: ..... Krankenkasse:.....

3. Name: ..... Vorname: .....

geb. am: ..... Krankenkasse: .....

**5. Behinderung/chronische Erkrankung bei Mutter/Vater/Kind** ja  nein

Wenn ja, Name: .....

Art der Behinderung / Erkrankung :..... Pflegegrad: .....

**6. Schwangerschaft:** ja:  voraussichtlicher Entbindungstermin: .....

nein  (bei Änderung bitte unbedingt Belegungsstelle informieren)

**7. Personalien des Ehe- oder Lebenspartners \*):**

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

..... Beruf : .....

Anschrift: (wenn von 1. abweichend)

**8. Wichtige Informationen für die Kur** (z.B. besondere Ernährung / Allergien / Einschränkungen / Sprache / persönliche Termine):

.....

**9. Gewünschter Kurort und Kurzzeitraum** (kann nur im Rahmen der indikationsgerechten Belegung und der aktuellen Möglichkeiten berücksichtigt werden):

.....

**10. Wer soll in Notfällen während der Kur benachrichtigt werden?**

Name, Telefon: .....

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Suchen, zur Vormerkung und Buchung von Maßnahmeplätzen im Rahmen einer Mütter-/Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kurmaßnahme in einer Klinik des MGW im MGW-OnlineBuchungssystem gespeichert.

Ihre Daten sind nur den Mitarbeiter\*innen der Beratungsstelle, der zentralen Belegungsstelle und der Klinik zugänglich und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Mitarbeiter\*innen sind auf das Datengeheimnis nach § 53 des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. § 6 DSGVO verpflichtet.

Sie haben das Recht Auskunft über ihre gespeicherten Daten zu erbitten, ggf. deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung bei der Bearbeitung zu veranlassen. Wenden Sie sich dazu bitte an die zentrale Belegungsstelle.

**Einverständniserklärung:**

**Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zu meiner Person und ggf. zu meinen Kindern für den angegebenen Zweck und die notwendige Dauer gespeichert und im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen den für meine Kur zusammenarbeitenden Stellen (Beratungsstelle, zentrale Belegungsstelle, Arzt, Kureinrichtung, Kostenträger) übermittelt werden.**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift der Antragsteller\*in:** \_\_\_\_\_

**Beratungsstelle:** \_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

\*) freiwillige Angabe

**Anlage zum Selbstauskunftsbogen von Frau \_\_\_\_\_**

**Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes**

Name und Adresse des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name und Adresse 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 Kindergarten erfahrung	

Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_

Das Ausfüllen des Selbstauskunftsbogens ist freiwillig,  
aber sehr hilfreich für die Kurvorbereitung.

<b>Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge / Rehabilitation für Mütter / Väter und Kind / Kinder nach §§ 24, 41 SGB V</b>				
<b>Name, Vorname</b>		<i>Gesamtzahl der Kinder</i>		
<b>Geburtsdatum</b>		<i>davon im Haushalt lebend</i>		
<b>Straße</b>		<i>Geburtsdaten der Kinder:</i>		
<b>PLZ Ort</b>				
<i>Krankenversicherungs-Nummer:</i>				
Meine letzte Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme war			<input type="checkbox"/> noch nie	
<input type="checkbox"/> vor ..... Jahren, Art der Maßnahme .....				
<b>1. Lebenssituation:</b>				
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet				
<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> alleinerziehend <b>Schwangerschaft</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
<b>Berufliche Situation:</b>				
<input type="checkbox"/> Berufstätig als ..... mit ..... Std. in der Woche				
<input type="checkbox"/> Mutter/Vater und Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Elternzeit bis ..... <input type="checkbox"/> arbeitslos seit .....				
<b>2. Gesundheitliche Situation:</b>				
<b>Gesundheitsstörungen:</b>	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 ggf. bitte auf Beiblatt)

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

<b>Trifft ..... zu</b>	<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"/>				
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter/Vater anerkannt und gewürdigt	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert	<input type="checkbox"/>				

#### **4. Belastende Kontextfaktoren (person- und umweltbezogen):**

Erläuterungen	
<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"/> Raucher*in	
<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

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"/> Mutter/Vater-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/Männern

besondere Therapieangebote .....

Sonstiges .....

### Erklärung

*Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, dass diese Daten der Müttergenesungs-Beratungsstelle und der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung im Rahmen des Antragsverfahrens zugänglich gemacht werden.*

.....

**Ort, Datum** **Unterschrift AntragstellerIn**

## 8. Ergänzende Anmerkungen / Erläuterungen zu Punkt 3.