

Selbstauskunftsbogen zum Antrag für mia - Miteinander Auszeit

Datum:

Vor- und Zuname:

Versicherungsnummer+Geburtsdatum:

Adresse:

Aktuelle Telefonnummer(n):

Kinder:

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Im gemeinsamen Haushalt lebend?

Lebenssituation:

- Verheiratet
- In Partnerschaft lebend
- Patchworkfamilie
- Allein erziehend
- Verwitwet

Berufliche Situation:

- Berufsausbildung:
- Aktuell berufstätig alsfür.....Std./Woche
- Hausfrau
- Eltern-/Bildungskarenz seit: bis
- Krankenstand seit:
- Arbeitssuchend seit:

Gesundheitliche Situation:

Ich leide unter bzw. 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"/>	
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"/>	
sonstigen chronischen Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstige **gesundheitliche/psychische Beschwerden** und Erkrankungen in den letzten zwölf Monaten (unabhängig davon, ob ärztlich/therapeutisch behandelt oder nicht), etwaige **Diagnosen** von behandelnden HausärztInnen/FachärztInnen/PsychologInnen:

.....

.....

.....

.....

.....

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

Bei Bedarf bitte Erläuterungen zu den angekreuzten Problemen und Auswirkungen auf den Alltag anführen:

.....

.....

.....

Belastungsfaktoren (bitte zutreffende Punkte ankreuzen)

Erläuterung

- Probleme am Arbeitsplatz:
- Arbeitslosigkeit bzw. 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 des Kindes / der Kinder:
- Belastung durch die Diagnose des Kindes / der Kinder:
- Bewegungsmangel:
- Unter/Übergewicht:
- Probleme mit Alkohol/Drogen:
- Medikamentenkonsum:
- Psychosomatische Beschwerden:

Bisherige medizinische oder psychotherapeutische/psychologische Maßnahmen

(auch private und auf eigene Kosten durchgeführte Behandlungen):

.....
.....

Aktuelle Behandlung (privat oder Kasse):

Beginn/Dauer

Psychiatrische/-r Fachärztin/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 mia-Aufenthalt, welche Verbesserungen/Ziele will ich erreichen:

.....
.....

Welche Erziehungs-/Beziehungsthemen möchte ich gerne während des Mutter/Vater-Kind Aufenthalts besprechen:

.....
.....

Platz für weitere Anmerkungen, die für einen mia-Aufenthalt relevant sein könnten:

.....
.....

Bitte legen Sie, wenn vorhanden, aussagekräftige Befunde bei. Danke!