

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.
 Millberger Weg 1 · 94152 Neuhaus am Inn
 Telefon (0 85 03) 91 49 - 0 · Telefax (0 85 03) 91 49 - 20
 Info-Telefon (08 00) 22 55 100

ÄRZTLICHES ATTEST

Bitte für jede/n Person/Patienten ausfüllen!

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

in meiner Behandlung seit: _____

Krankenkasse: _____

Familienversichert Selbstversichert Rentenversichert

Anschrift des Hausarztes/Behandelnden Arztes: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Blutdruck: _____

Der Patient bedarf dringend einer stationären Behandlung, weil ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichend bzw. erschöpft sind. Die Behandlung ist dringend erforderlich und wird beantragt,

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§§ 23/24 SGB V).

um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§§ 40/41 SGB V).

weil eine Trennung des Kindes von der Mutter für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychoziale Indikation“ ist unbedingt erforderlich).

Raucher: ja nein _____ Stück/Tag

Alkohol: ja nein gelegentlich

1. Psychoziale Indikation (z. B. fam. Problemsituationen, Doppelbelastung durch Beruf und Kinder o. ä. bitte angeben!):

Alleinerziehend: ja nein Berufstätig: ja, als _____ nein

2. Medizinische Diagnose (Haupt- und Nebendiagnose, bitte Befunde und Berichte beifügen):

Körperliche Behinderung: ja, und zwar: _____ nein Anfallsleiden: ja nein

Besondere Kostform: ja nein

3. Bisherige Therapie:

Krankengymnastik: wann _____ wieviel _____ Massagen: wann _____ wieviel _____

Psychotherapie: seit wann _____ _____

4. Medikamente:

Hinweise für die Beratungsstelle: Vor Weitergabe an Dritte ist die Einwilligung der Patienten erforderlich. Über die Aufnahme- und Behandlungsvoraussetzungen wurde der Patient informiert. Die Bedingungen der Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen werden anerkannt. Es wird bescheinigt, daß der Patient nicht an einer erkennbaren ansteckenden Krankheit oder an einer manifesten psychischen Erkrankung oder einer Suchtmittelabhängigkeit leidet.

_____ Datum und Stempel mit Unterschrift der Beratungsstelle

_____ Datum und Stempel mit Unterschrift des Arztes

bitte wenden

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.
 Millberger Weg 1 · 94152 Neuhaus am Inn
 Telefon (0 85 03) 91 49 - 0 · Telefax (0 85 03) 91 49 - 20
 Info-Telefon (08 00) 22 55 100

ÄRZTLICHES ATTEST

Bitte für jede/n Person/Patienten ausfüllen!

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

in meiner Behandlung seit: _____

Krankenkasse: _____

Familienversichert Selbstversichert Rentenversichert

Anschrift des Hausarztes/Behandelnden Arztes: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Blutdruck: _____

Der Patient bedarf dringend einer stationären Behandlung, weil ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichend bzw. erschöpft sind. Die Behandlung ist dringend erforderlich und wird beantragt,

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§§ 23/24 SGB V).

um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§§ 40/41 SGB V).

weil eine Trennung des Kindes von der Mutter für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychoziale Indikation“ ist unbedingt erforderlich).

Raucher: ja nein _____ Stück/Tag

Alkohol: ja nein gelegentlich

1. Psychoziale Indikation (z. B. fam. Problemsituationen, Doppelbelastung durch Beruf und Kinder o. ä. bitte angeben!):

Alleinerziehend: ja nein Berufstätig: ja, als _____ nein

2. Medizinische Diagnose (Haupt- und Nebendiagnose, bitte Befunde und Berichte beifügen):

Körperliche Behinderung: ja, und zwar: _____ nein Anfallsleiden: ja nein

Besondere Kostform: ja nein

3. Bisherige Therapie:

Krankengymnastik: wann _____ wieviel _____ Massagen: wann _____ wieviel _____

Psychotherapie: seit wann _____

4. Medikamente:

Hinweise für die Beratungsstelle: Vor Weitergabe an Dritte ist die Einwilligung der Patienten erforderlich. Über die Aufnahme- und Behandlungsvoraussetzungen wurde der Patient informiert. Die Bedingungen der Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen werden anerkannt. Es wird bescheinigt, daß der Patient nicht an einer erkennbaren ansteckenden Krankheit oder an einer manifesten psychischen Erkrankung oder einer Suchtmittelabhängigkeit leidet.

_____ Datum und Stempel mit Unterschrift der Beratungsstelle

_____ Datum und Stempel mit Unterschrift des Arztes

bitte wenden

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.
 Millberger Weg 1 · 94152 Neuhaus am Inn
 Telefon (0 85 03) 91 49 - 0 · Telefax (0 85 03) 91 49 - 20
 Info-Telefon (08 00) 22 55 100

ÄRZTLICHES ATTEST

Bitte für jede/n Person/Patienten ausfüllen!

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

in meiner Behandlung seit: _____

Krankenkasse: _____

Familienversichert Selbstversichert Rentenversichert

Anschrift des Hausarztes/Behandelnden Arztes: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Blutdruck: _____

Der Patient bedarf dringend einer stationären Behandlung, weil ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichend bzw. erschöpft sind. Die Behandlung ist dringend erforderlich und wird beantragt,

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§§ 23/24 SGB V).

um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§§ 40/41 SGB V).

weil eine Trennung des Kindes von der Mutter für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychoziale Indikation“ ist unbedingt erforderlich).

Raucher: ja nein _____ Stück/Tag

Alkohol: ja nein gelegentlich

1. Psychoziale Indikation (z. B. fam. Problemsituationen, Doppelbelastung durch Beruf und Kinder o. ä. bitte angeben!):

Alleinerziehend: ja nein Berufstätig: ja, als _____ nein

2. Medizinische Diagnose (Haupt- und Nebendiagnose, bitte Befunde und Berichte beifügen):

Körperliche Behinderung: ja, und zwar: _____ nein Anfallsleiden: ja nein

Besondere Kostform: ja nein

3. Bisherige Therapie:

Krankengymnastik: wann _____ wieviel _____ Massagen: wann _____ wieviel _____

Psychotherapie: seit wann _____ _____

4. Medikamente:

Hinweise für die Beratungsstelle: Vor Weitergabe an Dritte ist die Einwilligung der Patienten erforderlich. Über die Aufnahme- und Behandlungsvoraussetzungen wurde der Patient informiert. Die Bedingungen der Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen werden anerkannt. Es wird bescheinigt, daß der Patient nicht an einer erkennbaren ansteckenden Krankheit oder an einer manifesten psychischen Erkrankung oder einer Suchtmittelabhängigkeit leidet.

_____ Datum und Stempel mit Unterschrift der Beratungsstelle

_____ Datum und Stempel mit Unterschrift des Arztes

bitte wenden

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.
 Millberger Weg 1 · 94152 Neuhaus am Inn
 Telefon (0 85 03) 91 49 - 0 · Telefax (0 85 03) 91 49 - 20
 Info-Telefon (08 00) 22 55 100

ÄRZTLICHES ATTEST

Bitte für jede/n Person/Patienten ausfüllen!

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

in meiner Behandlung seit: _____

Krankenkasse: _____

Familienversichert Selbstversichert Rentenversichert

Anschrift des Hausarztes/Behandelnden Arztes: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Blutdruck: _____

Der Patient bedarf dringend einer stationären Behandlung, weil ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichend bzw. erschöpft sind. Die Behandlung ist dringend erforderlich und wird beantragt,

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht (§§ 23/24 SGB V).

um eine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§§ 40/41 SGB V).

weil eine Trennung des Kindes von der Mutter für die Dauer der Kur nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist (eine Begründung unter „Psychoziale Indikation“ ist unbedingt erforderlich).

Raucher: ja nein _____ Stück/Tag

Alkohol: ja nein gelegentlich

1. Psychoziale Indikation (z. B. fam. Problemsituationen, Doppelbelastung durch Beruf und Kinder o. ä. bitte angeben!):

Alleinerziehend: ja nein Berufstätig: ja, als _____ nein

2. Medizinische Diagnose (Haupt- und Nebendiagnose, bitte Befunde und Berichte beifügen):

Körperliche Behinderung: ja, und zwar: _____ nein Anfallsleiden: ja nein

Besondere Kostform: ja nein

3. Bisherige Therapie:

Krankengymnastik: wann _____ wieviel _____ Massagen: wann _____ wieviel _____

Psychotherapie: seit wann _____

4. Medikamente:

Hinweise für die Beratungsstelle: Vor Weitergabe an Dritte ist die Einwilligung der Patienten erforderlich. Über die Aufnahme- und Behandlungsvoraussetzungen wurde der Patient informiert. Die Bedingungen der Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen werden anerkannt. Es wird bescheinigt, daß der Patient nicht an einer erkennbaren ansteckenden Krankheit oder an einer manifesten psychischen Erkrankung oder einer Suchtmittelabhängigkeit leidet.

_____ Datum und Stempel mit Unterschrift der Beratungsstelle

_____ Datum und Stempel mit Unterschrift des Arztes

bitte wenden

Kurz-Information über Mutter/Vater-Kind-Kuren

Mutter/Vater-Kind-Kuren

sind Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen (§ 24 und § 41 SGB V), die auf die Behandlung der psychologischen Probleme und gesundheitlichen Störungen von Müttern und Vätern ausgerichtet sind. Ärztlich-medizinische Versorgung steht gleichgewichtig neben sozialtherapeutischen Angeboten. Mutter/Vater-Kind-Kuren umfassen:

- ▶ ärztliche Untersuchung, Behandlung und Begleitung des gesamten Kurablaufs,
- ▶ physiotherapeutische Behandlung,
- ▶ sozialpädagogische und psychologische Einzelberatungen und Gruppengespräche, durch die Auswirkungen alltäglicher Belastungen auf Körper und Psyche erkannt und Veränderungsmöglichkeiten erarbeitet werden können,
- ▶ gesundheitsfördernde Angebote, z. B. Anleitungen zu Bewegung und Entspannung, Informationen und Anregungen über gesundheitsbewußtere Verhaltensweisen im Alltag nach der Kur.

Psychosoziale Probleme von Müttern und Vätern

Berufstätige und nicht berufstätige Mütter und Väter sind vielfältigen und dauerhaften Anforderungen und Belastungen ausgesetzt, z. B. als Alleinerziehende, durch Partner- oder Ehekonflikte, materielle Probleme, eigene oder Arbeitslosigkeit in der Familie, Mehrfachbelastung, Erziehungsschwierigkeiten, pflegebedürftige Angehörige, behinderte oder chronisch kranke Kinder. Diese ständige Überlastung führt häufig zu psychosomatischen und somatischen Gesundheitsstörungen.

Zielgruppen

Mutter/Vater-Kind-Kuren wenden sich deshalb an berufstätige und nichtberufstätige Frauen und Männer unterschiedlicher Altersstufen, die

- ▶ Kinder erziehen und versorgen, unabhängig davon, ob es ihre leiblichen sind,
- ▶ durch den Ablauf der Erziehungsphase vor oder in einer Umbruchsituation stehen,
- ▶ pflegebedürftige oder behinderte Kinder bzw. Angehörige versorgen,
- ▶ durch Haushalt, Beruf, Erziehung mehrfach belastet sind,
- ▶ alleinerziehend sind.

Indikationen

Indikationen für Mutter/Vater-Kind-Kuren sind z. B.

- ▶ psychosomatische Störungen und Erkrankungen (z. B. vegetative Erschöpfungszustände, Kopfschmerzen, Schlaf- und Eßstörungen, Störungen des Bewegungsapparates, des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung, des Magen-Darm-Traktes und der Haut),
- ▶ Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen,
- ▶ Erkrankungen der Atemwege,
- ▶ Hautkrankheiten und Allergien,
- ▶ Magen-, Darm-, Leber- und Gallenwegserkrankungen, Stoffwechselstörungen, Übergewicht,
- ▶ Ca-Erkrankungen (nach Operationen und Bestrahlung),
- ▶ chronische Lymphstauungen.