

# Ausfüllhilfe „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter“

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Vorsorgerelevante Erkrankungen, Gesundheitsstörungen, Beschwerden:**

---

---

---

**Bitte zutreffende Punkte ankreuzen:**

- Mehrfachbelastung durch Beruf/ Familie
- mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung
- Erziehungsschwierigkeiten
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)
- mangelnde Grundkompetenz im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/ eines Vaters
- erhöhter Betreuungsaufwand durch chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten
- fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle
- Partner- Eheprobleme/ Trennung vom Partner
- Pflege von Familienangehörigen
- Tod des Partners/ naher Angehöriger
- Teenagerschwangerschaft
- soziale Isolation
- finanzielle Sorgen
- ständiger Zeitdruck
- allein erziehend
- beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
- Überforderungssituation am Arbeitsplatz/ in der Schule
- sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten
- drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
- nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/ des Mannes in der Familie

**Bisherige ärztliche/ psychotherapeutische Maßnahmen einschließlich Arzneimitteltherapie, sowie Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie:**

---

---

---

**Gewünschte Leistungsform:**

- Mütter-Leistung/ Väter- Leistung
- Mutter- Kind- Leistung/ Vater- Kind- Leistung

**Angaben zu den Kindern, die mit aufgenommen werden sollen:**

1. Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_
2. Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_
3. Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**Anforderungen an die Einrichtung** (z.B. Klima, fremdsprachliche Angebote, Allergenarmut, besondere Kostform):

- Ja, folgende \_\_\_\_\_

**Sonstiges/ Bemerkungen:**

---