

## Ihr Weg zu einer Mutter/Vater und Kind Kur

Der Alltagsbelastungen wachsen Ihnen über den Kopf. Kopfschmerzen, Verspannungen im Schulterbereich, Rückenschmerzen, Konzentrationsstörungen, Nervosität, Herz-, Kreislauf- und Magenbeschwerden machen sich bemerkbar. Häufige Infekte bei Ihnen oder Ihrem Kind / Ihren Kindern wirken zudem kräftezehrend. Sie haben das Gefühl, dass eine Grenze der Belastbarkeit erreicht ist. Sie müssten dringend etwas für Ihre Gesundheit tun, um nicht chronisch krank zu werden.

**„Eine Kur würde mir und meinem Kind / meinen Kindern gut tun!“**

In diesem Falle bietet sich eine **Mutter/Vater und Kind Kur** an.

**Hier eine Übersicht über die einzelnen Schritte zur Kurbeantragung:**

Füllen Sie bitte den beiliegenden Antrag und den Selbstauskunftbogen aus. Bitte nennen Sie im Selbstauskunftbogen die Erkrankungen im Laufe des letzten Jahres, ob Sie Unterstützung in der Familie haben und ob für Sie die Möglichkeit von Therapien am Wohnort besteht bzw. welche bereits stattfinden.

Lassen Sie die beiliegenden Atteste von Ihrem Arzt und/oder Kinderarzt ausfüllen. Achten Sie bitte darauf, dass alle Erkrankungen und Beschwerden sowie bisher stattgefundene Therapien genannt sind, damit für die Krankenkasse die Kurnotwendigkeit ersichtlich ist. Eine Kurdauer von vier Wochen kann von der Krankenkasse nur genehmigt werden, wenn eine Kur zur Behandlung von Krankheiten attestiert ist.

Falls die Indikation nur für Sie oder für Ihre Kinder zutrifft, eine Trennung aber wegen der engen Mutter/Vater-Kind-Bindung nicht zumutbar ist, gibt es auch die Möglichkeit, dass entweder Sie oder eines bzw. mehrere Ihrer Kinder als „Begleitpersonen“ mit zur Kur kommen können.

Senden Sie bitte die vom Arzt ausgefüllten Atteste zusammen mit einer Selbstauskunft (einer Darstellung der Kurgründe aus Ihrer Sicht) an Ihre Krankenkasse zur Begutachtung.

Bei eventuellen Rückfragen wird sich die Krankenkasse mit Ihnen in Verbindung setzen. Wenn die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt, rufen Sie uns an, damit wir für Sie einen Kurplatz reservieren können. Die Einladung zur Kur erhalten Sie dann umgehend.

**Typische Indikationen** für eine Mutter/Vater und Kind Kur sind:

- Körperliche und nervöse Erschöpfung der Mutter/des Vaters
- Häufig wiederkehrende Infekte bei Mutter und / oder Kind
- Neurodermitis
- Atemwegserkrankungen
- psychovegetative Syndrome von Mutter/Vater und/oder Kind
- Schlafstörungen bei Mutter/Vater und /oder Kind
- depressive Verstimmung der Mutter/des Vaters
- Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen
- Funktionsstörungen des Bewegungsapparates
  - z.B. Rheuma, Bandscheibenschäden, Arthrosen der Mutter /des Vaters
  - Haltungsstörungen der Kinder
  - Übermotorik
- Rekonvaleszenz nach Operationen, Unfällen

**Mutter / Vater Kind Kur: Antrag / Selbstauskunft  
zur Vorlage bei der Krankenkasse**

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

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Kranken-Versicherung, Adresse: \_\_\_\_\_

selbstversichert  familienversichert bei: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

**1. Ich nehme mein(e) Kind(er) mit:**

1. Kind: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ vers. bei: \_\_\_\_\_

als gesundes Begleitkind oder als Kurkind? \_\_\_\_\_

2. Kind: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ vers. bei: \_\_\_\_\_

als gesundes Begleitkind oder als Kurkind? \_\_\_\_\_

3. Kind: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ vers. bei: \_\_\_\_\_

als gesundes Begleitkind oder als Kurkind? \_\_\_\_\_

Wenn Sie weitere Kinder mitbringen, schreiben Sie diese bitte auf ein Extrablatt. Gerne nehmen wir Sie auch mit mehr Kindern auf!

**2. Haben Sie in den letzten vier Jahren eine Kur oder ein Heilverfahren durchgeführt ?**

Ja  Nein

Falls ja, wann (von – bis) und wer war der Kostenträger:

\_\_\_\_\_

**3. Waren Sie in den letzten vier Jahren bei einer anderen Krankenkasse versichert ?**

Ja  Nein

Falls ja, welche (genaue Anschrift)

\_\_\_\_\_

**4. Familienstand**

ledig  verheiratet  getrennt lebend

verwitwet  geschieden  Sonstiges \_\_\_\_\_

**5. Zahl der im Haushalt lebenden Personen:** \_\_\_\_\_

**6. Sind Sie berufstätig ?**  Ja  Nein

Vollzeit  Teilzeit

Falls ja, welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

**7. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft:**  Ja  Nein

**8. Gründe für die Kurmaßnahme bei der Mutter / dem Vater**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Gründe für die Kurmaßnahme beim Kind / bei den Kindern (bei Mehrbedarf bitte gesondertes Blatt verwenden)**

Name: \_\_\_\_\_ Kurgrund: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Kurgrund: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Kurgrund: \_\_\_\_\_

**10. Gibt es in Ihrem häuslichen, familiären oder beruflichen Umfeld Probleme oder Belastungen, die eine stationäre Kurmaßnahme erfordern ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Welche Fachärzte haben Sie wegen Ihrer Beschwerde/n aufgesucht ? (Name und Anschrift der Ärzte)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Welche ambulanten Behandlungsmaßnahmen haben Sie in den letzten zwölf Monaten erhalten ?**

	Anzahl	(Zeitraum der Behandlungen)
<input type="checkbox"/> Massagen	_____	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	_____	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Packungen (Fango o.ä.)	_____	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Strombehandlungen	_____	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Bäder-/Wasserbehandlungen	_____	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Medikamente (Namen)	_____	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____	von _____ bis _____

**13. Ist die Krankheit auf Fremdeinwirkung zurückzuführen ?**  Ja  Nein

- Arbeitsunfall  sonstiger Unfall  
 Berufskrankheit  Versorgungsleiden nach dem Bundesversorgungsgesetz/Opferentschädigungsgesetz

**14. Liegen Risikofaktoren vor ?**

- Rauchen  Bewegungsmangel  Alkohol  
 Stress  Sonstiges \_\_\_\_\_

**15. Persönliche Angaben:**

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

**16. Welche Erwartungen haben Sie an eine Kur ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. Warum haben Sie das Kurheim Alpenhof ausgewählt ?**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Ärztliches Attest für die Mutter / den Vater

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Frau / Herr \_\_\_\_\_ ist seit \_\_\_\_\_ in meiner Behandlung.

Sie /er bedarf einer **Mutter / Vater Kind Kur**.

**O Kur zur Behandlung von Krankheiten - gemäß §§ 41 und 111 a SGB V**

- Zielsetzung:**
- eine Krankheit erkennen/heilen,
  - die Verschlimmerung einer Krankheit verhüten,
  - Krankheitsbeschwerden lindern,
  - einer drohenden Behinderung vorbeugen,
  - eine Behinderung beseitigen/bessern,
  - einen Verschlimmerung der Behinderung verhüten,
  - Pflegebedürftigkeit vermeiden/vermindern

**O Kur zur Verhütung von Krankheiten – Vorsorge-Kur gemäß §§ 24 und 111 a SGB V**

- Zielsetzung:** eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, beseitigen.

**Anamnese:**

**Medizinische Diagnose:** (bitte fügen Sie aktuelle Spezialbefunde bei und geben Sie ggf. Gegenindikationen an)

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnose:**

Blutdruck: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Behinderung:  nein  ja, und zwar:

Ist eine Begleitperson erforderlich:  nein  ja

Anfallsleiden:  nein  ja

**Ärztliches Attest für die Mutter / den Vater, Seite 2**

**Bisherige Therapie:** (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation)

Sind ambulante Maßnahmen am Wohnort ausgeschöpft?  nein  ja

**Psychosoziale Situation:** (bitte unbedingt angeben)

**voraussichtlich notwendige Kurdauer:** \_\_\_\_\_ Tage

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Adresse und Telefonnummer des Hausarztes zur Versendung des Kurberichtes bzw. zur Absprache für Weiterbehandlungen:

**Ärztliches Attest für das Kind**

(bei mehreren Kindern bitte für jedes Kind ausfüllen)

**Vom Arzt auszufüllen:**

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

Seit wann in Behandlung?

Liegt beim Kind Kurbedürftigkeit vor?  nein, das Kind kommt als Begleitkind mit  
 ja

wenn ja, bitte Angabe, um welche Maßnahme es sich handelt:

**Kur zur Behandlung von Krankheiten - gemäß §§ 41 und 111 a SGB V**

**Zielsetzung:**

- eine Krankheit erkennen/heilen,
- die Verschlimmerung einer Krankheit verhüten,
- Krankheitsbeschwerden lindern,
- einer drohenden Behinderung vorbeugen,
- eine Behinderung beseitigen/bessern,
- einen Verschlimmerung der Behinderung verhüten,
- Pflegebedürftigkeit vermeiden/vermindern

**Kur zur Verhütung von Krankheiten - gemäß §§ 24 und 111 a SGB V**

**Zielsetzung:** eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, beseitigen.

Soll das Kind die Mutter aus psychosozialen Gründen begleiten?  ja  nein

**Anamnese:**

**Medizinische Diagnose:** (bitte fügen Sie aktuelle Spezialbefunde bei und geben Sie ggf. Gegenindikationen an)

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnose (frühere Erkrankungen):**

**Ärztliches Attest für das Kind:** \_\_\_\_\_, Seite 2

(Name bitte nochmals eintragen)

Blutdruck: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Behinderung:  nein  ja, und zwar:

Ist eine Begleitperson erforderlich:  nein  ja

Anfallsleiden:  nein  ja

**Bisherige Therapie:** (verordnete Medikamente, physikalische Behandlung, evtl. Dauermedikation)

Sind die ambulanten Maßnahmen am Wohnort ausgeschöpft?  nein  ja

Bestehen Erkrankungen, die gegen einen Aufenthalt in Bergregionen sprechen?  nein  ja

voraussichtlich notwendige Kurdauer: \_\_\_\_\_ Tage

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Adresse und Telefonnummer des Hausarztes / Kinderarztes zur Versendung des Kurberichtes bzw. zur  
Absprache für Weiterbehandlungen: