



## Hausärzte im Hofgut

Fachärzte für Innere Medizin

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Notfallmedizin

BSNR: 598003400

### Betreff: Ihr Antrag auf Mütter-/Väter-Kur

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte geben Sie uns im Folgenden einige Stichpunkte an, so dass wir den Ärztlichen Teil Ihres Antrags aussagekräftig gestalten können.

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Diagnose/ Beschwerden die zum Antrag führen:**

---

---

**Vorgeschichte die zum Antrag führt (inkl. Krankenhausaufenthalte):**

---

---

---

**Einschränkungen/Belastungen im Beruf:**

---

---

---

---

**Aktuelle Therapie/Mitbehandlung durch Fachärzte/Patientenschulungen, Beratungs-/Selbsthilfeangebot) / Heilmittel (z.B. Physiotherapie):**

---

---

---

---



## Hausärzte im Hofgut

Fachärzte für Innere Medizin

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Notfallmedizin

BSNR: 598003400

**Lebensumstände (Familie/Partnerschaft/alleinstehend/soziale Kontakte/ Hilfen im Alltag/Erziehungsprobleme/Finanzielle Belastung/Arbeitsplatz etc.):**

---

---

---

---

**Name der Kinder mit Geburtsdatum (sollte eine psychologische Therapie durchgeführt werden?):**

	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Therapie</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Kind 1:	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 2:	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 3:	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie dieses ausgefüllte Schreiben an unserem Empfang ab oder werfen Sie es in unseren Briefkasten.

Ihr Praxisteam Hausärzte im Hofgut