

Selbstauskunftsbogen zum Antrag für Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 21 SächsHfVO)

Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon (privat)
------------------------------	--------------	----------------------------

Polizeiverwaltungsamt
 Ref. Heilfürsorge/Sonderversorgung
 Postfach 230 209
 01112 Dresden

Versichertennummer

Wohnanschrift:	
Dienststelle:	

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Besteht eine Schwangerschaft: Ja Nein

Mit diesem Selbstauskunftsbogen ist das Formular **Ärztlicher Befundbericht** (Antrag auf medizinische Maßnahme der Vorsorge für Mütter & Väter) beizufügen.

Dieses Formular ist beigelegt. Dieses Formular wird nachgereicht.

Für nachfolgend in meinem Haushalt aufgenommenes/aufgenommene, genanntes Kind/genannte Kinder, habe ich eine nicht nur vorübergehende Erziehungsverantwortung:

Name, Vorname des Kindes	geboren am	Kindschaftsverhältnis (bitte den entsprechenden Buchstaben eingeben)		Mitnahme Kind		
			Krankenkasse des Kindes	KB	BP	OK
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kindschaftsverhältnis: **A** = Leibliches Kind / **B** = Adoptivkind / **C** = Pflegekind / **D** = Stiefkind / **E** = Enkelkind

Mitnahme Kind: **KB** = Kind selbst kurbedürftig / **BP** = Mitnahme als Begleitperson / **OK** = Vorsorge ohne Kind

Bei Mitnahme als Begleitperson(en) sind zusätzliche Angaben erforderlich:

- Eigenständige Maßnahme wurde vom Kostenträger abgelehnt (Bescheid beifügen)
- alleinerziehend
- Betreuung durch andere Personen, insbesondere Kindesvater/-mutter ist nicht möglich

Ausführliche Begründung:

1. Angaben zur Beschäftigung

- Vollzeit Teilzeit Elternzeit
- Verbot Führung Dienstgeschäfte/ lfd. Disziplinarverfahren/ Entlassungsantrag
- Schichtsystem, wenn ja bitte Schichtrhythmus angeben
- überwiegend Innendienst überwiegend Außendienst
- überwiegend Bildschirmarbeit
- spezielle Anforderungen, wenn ja welche
(z.B. Umgang mit gefährlichen Stoffen, Lärmfaktoren o.ä.)

2. Arbeitsplatzbeschreibung (genaue Tätigkeitsbeschreibung)

3. Bei welchen Ärzten, Psychotherapeuten oder Psychologen waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung? Bitte hier auch Behandlungen bei Polizeiarzten angeben.

Name, Vorname	Fachrichtung	Erkrankung

4. Gesundheitliches Befinden

Ich leide seit Wochen

Monaten

Jahren an

Niedergeschlagenheit

Kopfschmerzen

Lustlosigkeit

ständige Müdigkeit

Stimmungsschwankungen

Gereiztheit

Schlafstörungen

Unruhe und Angstgefühle

Konzentrationsstörungen

Gewichtsproblemen

Vergesslichkeit

Persönliche Stressfaktoren, die mich belasten:

ständiger Zeitdruck

Schwierigkeiten bei Problembewältigung

Partner-/Eheprobleme

Erziehungsschwierigkeiten

beengte Wohnverhältnisse

finanzielle Sorgen/Schulden

soziale Isolation

pflegebedürftige Angehörige

Probleme am Arbeitsplatz (Mobbing)

Suchtprobleme von Angehörigen

chronisch kranke Angehörige

entwicklungsverzögertes bzw. behindertes Kind

Erläuterungen:

5. Welche nachfolgend aufgeführten Behandlungsmaßnahmen wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monaten durchgeführt (mit Zeitangabe)?

Krankenhausbehandlung	
Physiotherapeutische Anwendungen	
Rückenschule	
Psychotherapie	
Sonstiges	

6. Besonderheiten meiner Situation, ergänzende Anmerkung/Erläuterungen

Im Haushalt werde ich durch Angehörige unterstützt: Ja Nein

Ich habe Hobbys? Ja Nein

Zurzeit kann ich meinen Hobbys nachgehen regelmäßig ab und zu nicht

Kommunikation mit Freunden/Bekanntem:

Nein Ja

Weniger als früher Nicht mehr als früher

7. Was war für die Antragstellung ausschlaggebend?

- eigene gesundheitliche Probleme
- gesundheitliche Probleme des Kindes
- sonstiges:

8. Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Maßnahme für sich und Ihr(e) Kind/Kinder?

10. Angabe der letzten Maßnahme (auch Rehabilitationsmaßnahme/ Anschlussheilbehandlung)

Zeitraum:

Kostenträger:

11. Mein Wunschtermin für die Mutter & Kind / Vater & Kind-Kur:

12. Haben Sie einen Wunsch bezüglich der Einrichtung:

13. Besondere Bemerkungen (z.B. bestehen terminliche Einschränkungen)

Erklärung des Antragstellers:

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen kann.

Einwilligungen des Antragstellers:

Ich nehme zur Kenntnis und willige mit meiner Unterschrift ausdrücklich ein, dass die zuständige Heilfürsorgestelle entsprechend den Heilfürsorgevorschriften den Ärztlichen Befundbericht mit allen Zusatzbefunden sowie meine Selbstauskunft an Dritte (Polizeiärztlicher Dienst, Rehabilitationseinrichtung) weiterleitet, soweit die Weitergabe zur Beurteilung der von mir beantragten Leistung erforderlich ist.

Ich kann meine Einwilligung zu der Datenweitergabe ohne Angabe von Gründen verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bewusst, dass die Verweigerung oder der Widerruf meiner Einwilligung zur Versagung meines Leistungsantrages führen kann.

Unterschrift des Antragstellers

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, auch den polizeiärztlichen Dienst, Krankenhäuser, Sozialversicherungsträger, Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gutachter, Psychotherapeuten, Psychiater und Psychologen gegenüber dem für die heilfürsorgerechtliche Entscheidung zuständigen Polizeiverwaltungsamt, Sachgebiet Heilfürsorge (Heilfürsorgestelle) und ggf. hinzuzuziehenden Beratungsarzt beim Polizeiärztlichen Dienst von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis und willige mit meiner Unterschrift ausdrücklich ein, dass die zuständige Heilfürsorgestelle entsprechend den Heilfürsorgevorschriften den Ärztlichen Befundbericht mit allen Zusatzbefunden sowie meine Selbstauskunft an Dritte (Polizeiärztlicher Dienst, Rehabilitationseinrichtung) weiterleitet, soweit die Weitergabe zur Beurteilung der von mir beantragten Leistung erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Heilfürsorgestelle sowie dem von der Heilfürsorgestelle beauftragten Beratungsarzt der Heilfürsorge beim polizeiärztlichen Dienst die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte sowie die Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankheitsgeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, MRT-/CT-/OP-Aufnahmen), Gutachten (insbesondere auch zur Feststellung der Dienstfähigkeit), zur Sachaufklärung sowie zur sachgerechten Bearbeitung der Heilfürsorgeangelegenheit zur Verfügung gestellt werden.

Die vorstehende Einwilligung kann verweigert oder beschränkt (z. B. auf einzelne Ärzte, Einrichtungen, Unterlagen) und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dadurch entstehende Beweisschwierigkeiten bei der Feststellung der anspruchsbegründenden Voraussetzungen können zu Lasten des Beamten gehen.

Ich kann meine Einwilligung zu der Datenweitergabe ohne Angabe von Gründen verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bewusst, dass die Verweigerung oder der Widerruf meiner Einwilligung zur Versagung meines Leistungsantrages führen kann.

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Unterschrift des Antragsstellers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift

Wiederholung in Druckbuchstaben:

<input type="text"/>
Name, Vorname, Geb.-Datum

Datenschutzhinweis gem. Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung:

Ihre Daten werden vom Polizeiverwaltungsamt, Referat Heilfürsorge zum Zwecke der Prüfung, Festsetzung und Zahlung des von Ihnen geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs gem. den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet. Weitere datenschutzrechtliche Informationen erhalten Sie im Intranet unter: <http://epolsax?ft=FormblattXDatenschutzXInfoXHeilfXrsorge-id111971.pdf>