

Herzlich Willkommen im Heinrich-Haus MZEB.

Wir möchten uns möglichst sorgfältig auf den Termin mit Ihnen vorbereiten. Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens ausführlich Zeit. Ihre Angaben sind uns sehr wichtig.

Vielen Dank.

1. Patientenangaben

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Straße: Neuwieder Str. 27a

PLZ, Ort: 56566 Neuwied

E-Mail:

Telefon:

Haben Sie einen Behindertenausweis?

ja nein

GdB _____ % Ausstellungsdatum: _____ gültig bis: _____

Ausstellende Behörde: _____

Merkzeichen: G aG H Bl Gl RF B TBl

Wurde ein Pflegegrad festgestellt?

ja nein

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Besteht eine Zuzahlungsbefreiung?

Ja Nein (bitte reichen Sie uns einen Nachweis ein)

Besteht eine gerichtlich festgelegte Betreuung?

Ja Nein (bitte reichen Sie uns eine Kopie der aktuellen Bestellsurkunde ein)

Angaben zum Betreuer/ zur Betreuerin:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____

Welche weiteren Ansprechpersonen gibt es?

Angehörige:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____

Case Manager:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____

Reha-Assistent:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____

Welche Ärztinnen/ Ärzte suchen Sie regelmäßig auf?

Hausarzt/-ärztin:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____
Fax: _____

Fachärzte/ Fachärztinnen:

Fachgebiet	Name, Vorname	Adresse	Telefon / Fax

2. Informationen zum Vorstellungsanlass

Welche Fragen oder Probleme haben Sie? Schildern Sie aus Ihrer Sicht, bei welchen Situationen wir Ihnen helfen können.

(Verwenden Sie bitte bei Bedarf ein gesondertes Blatt oder die Rückseite)

Welche Art der Behinderung liegt bei ihnen vor? (Grunderkrankung)

Welche weiteren medizinischen Diagnosen wurden bei Ihnen bisher gestellt?

Bestehen Allergien? Wenn ja, welche?

Welche Beeinträchtigungen ergeben sich durch Ihre Behinderung?

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen | <input type="checkbox"/> Kontrakturen/Gelenkversteifungen |
| <input type="checkbox"/> Veränderungen der Skelettmuskulatur | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen der Knochen oder Gelenke | <input type="checkbox"/> Spitzfußneigung |
| <input type="checkbox"/> Veränderungen an der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Hautschädigungen/Druckstellen |
| <input type="checkbox"/> Psychische oder psychosoziale Probleme | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Entwicklung der geistigen Fähigkeiten | |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Atmung | |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Sprach- oder Sprechstörungen |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei der Urinausscheidung | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei der Stuhlausscheidung | |

Fragen zu speziellen Beeinträchtigungen

Besteht eine Störung der Blasenentleerung?

- Ja Nein

Wie wird Ihre Blase entleert?

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> spontan | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Pouch |
| <input type="checkbox"/> Einmalkatheter | <input type="checkbox"/> Nachtkatheter | |

- Augmentation Conduit mit Bauchbeutel

Besteht eine Störung der Darmentleerung?

- Ja Nein

Wie wird Ihr Darm entleert?

- spontan gezielt spontan ungewollt durch Ausräumen
 mit Abführmittel durch Darmspülung durch Klysma
 durch Stoma (Mace-Technik)

Besteht eine Störung der Nahrungsaufnahme?

- Ja Nein

Wie nehmen Sie Nahrung zu sich?

- normal (Nahrungsaufnahme, Kauen und Schlucken selbständig)
 Probleme beim Kauen
 Probleme beim Schlucken
 PEG-Sonde
 sonstiges

Bestehen Verhaltensschwierigkeiten?

- Ja Nein

Zum Beispiel:

- Selbstverletzung (z.B. Kopfschlagen, Beißen, Haare ausreißen)
 Wutanfälle
 Sexuelle Auffälligkeiten
 Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Personen
 sonstige Auffälligkeiten (bitte beschreiben Sie diese)

Welche ärztlichen Fachgebiete benötigen Sie nach Ihrer Einschätzung?

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- Innere Medizin Neurologie Orthopädie Psychiatrie
 Physikalische und Rehabilitative Medizin

Welche nichtärztlichen Fachberatungen benötigen Sie nach Ihrer Einschätzung?

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- Ergotherapie Logopädie Physiotherapie
 Psychologie Sozialdienst Unterstützte Kommunikation (UK)
 Sonstiges (bitte nennen)

Benötigen Sie eine Hilfsmittelberatung?

- Ja Nein

3. Sozialmedizinische Informationen

Wie ist Ihre Wohnsituation?

- Elternhaus, solchenfalls: Namen der Eltern: _____
 eigene Wohnung
 betreutes, stationäres Wohnen, solchenfalls Einrichtung:

Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig verheiratet geschieden verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft Kinder, Anzahl _____

Haben Sie eine persönliche Assistenz?

- im häuslichen Umfeld Werkstatt
 Förderstätte Freizeitassistenz

Welche Interessen/ Hobbys pflegen Sie?

Welche Kontakte pflegen Sie? (z.B. Freunde, Familie, Vereine)

Gehen Sie einer regelmäßigen Beschäftigung nach?

- Ja Nein

- Ich arbeite in einem Betrieb

Name und Adresse: _____

Ich arbeite in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Name und Adresse: _____

Ich besuche eine tages-strukturierende Maßnahme (Tagesförderstätte)

Name und Adresse: _____

Ich bin arbeitssuchend

Ich beziehe eine Rente

Ich bin vom Arzt aktuell krankgeschrieben

4. Medizinische Vorgeschichte

Gab es bei Ihnen Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf, während der Geburt oder in der Zeit danach?

Wurde bei Ihnen eine genetische Untersuchung durchgeführt?

Gibt es gleiche oder ähnliche Erkrankungen bei Familienangehörigen?

Liegen Befunde einer Intelligenzuntersuchung oder anderer psychologischer Untersuchungen vor?

(z. B. IQ- Test, SEED, Autismus-spezifische Untersuchung)

Art der Untersuchung	Zeitpunkt

--	--

Wurden bisher Operationen durchgeführt?

Ja Nein

Welche?	Wann?	Wo?

Gibt es relevante Vorbefunde?

Bitte legen Sie wichtige Vorbefunde bei (z.B. von vorbehandelnden SPZ, psychologischen Untersuchungen usw.)

5. Informationen zu regelmäßigen Therapiemaßnahmen und Hilfsmitteln

Welche Therapien werden bei Ihnen angewandt?

Therapieform	Häufigkeit	Name und Adresse
Ergotherapie		
Logopädie		
Physiotherapie		

Unterstütze Kommunikation		
---------------------------	--	--

Sonstige Therapieformen:

Welche Hilfsmittel sind vorhanden bzw. gebrauchen Sie?

Art des Hilfsmittels	Seit wann	Versorger Sanitätshaus, Orthopädietechniker etc.
Rollstuhl/ E-Rollstuhl:		
Rollator:		
Gehstock:		
Orthopädische Schuhe:		
Alltagshilfen (Lifter, Duschstuhl etc.):		
Orthesen:		
Spezielle Lagerungen:		
Beatmungsgerät		
Kommunikationshilfe:		

MZEB Heinrich-Haus
Anamnesebogen Patienten

Sonstige Hilfsmittel:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name	Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

Bitte fügen Sie diesem Fragebogen Vorbefunde/ Arztbriefe von Arztpraxen/ Krankenhäusern bei, bei denen Sie behandelt worden sind.

Bitte senden Sie die Unterlagen an:

**Heinrich-Haus MZEB
 Heinrich-Haus MVZ GmbH
 Neuwieder Str. 27a
 56566 Neuwied**

Wie danken Ihnen für Ihre Bemühungen.

Ausgefüllt von/ Datum