# Herzlich willkommen im MZEB Fulda

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, damit wir alle relevanten Informationen für unsere Behandlung zusammen haben.

## 1. Daten zur Person

| | |
|---|---|
| **Name** | |
| **Geburtsdatum** | |
| **Straße & Hausnummer** | |
| **Postleitzahl & Ort** | |
| **Versicherung** | |

## 2. Kontaktdaten

| | |
|---|---|
| **Telefon Patient / Patientin** *(Festnetz & Mobil wenn vorhanden)* | |
| **E-Mail Patient / Patientin** *(wenn vorhanden)* | |
| **Name der gesetzlichen Betreuung** | |
| **Adresse der gesetzlichen Betreuung** | |
| **Telefonnummer gesetzlichen Betreuung** | |

## 3. Sozialmedizinische Informationen

| | |
|---|---|
| **Gibt es einen Schwerstbehindetenausweis?**<br>*(Bitte Grad der Behinderung & Merkzeichen angeben)* | |
| **Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?** | |
| **Aufgaben der gesetzlichen Betreuung?** | |
| **Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen?** | |
| **Welche Schule haben Sie besucht?**<br>*(Eine Schule für Menschen mit geistiger Behinderung, Lern- oder Körperbehinderung)* | |
| **Welchen Schulabschluss haben Sie?** | |
| **Welche Berufsausbildung haben Sie?** | |
| **Wo arbeiten Sie?**<br>*(erster Arbeitsmarkt oder geschützter Bereich)* | |
| **Waren Sie bereits in einem MZEB oder SPZ in Behandlung? Wenn ja, wann und so** | |
| **Wie wohnen Sie?**<br>*(Elternhaus, eigene Wohnung, betreutes / stationäres Wohnen, welche Einrichtung)* | |

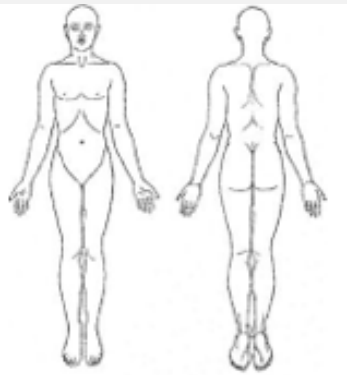
| | |
|---|---|
| **Wo liegen Ihre Stärken?**<br>*Gibt es besondere Fähigkeiten & Kompetenzen, die Sie verstärken möchten?* | |
| **Besonders leicht machen Sie es mir mit...**<br>*(Ruhe notwendig, Musik hilft, Gerüche, warm/kalt, ich bin sehr laut)* | |
| **Haben Sie eine spezielle Angst vor etwas?**<br>*(Lässt der Patient/die Patientin eine Blutentnahme zu? Wie ist die Kooperation bei einer körperlichen Untersuchung?)* | |

## 4. Kommunikation

| | |
|---|---|
| **Können Sie sprechen? Wenn ja, wie?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Verstehen Sie, was gesprochen wird?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Haben Sie Hilfsmittel zur Unterstützten Kommunikation?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Können Sie einfache Wörter schreiben?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Können Sie einfache Wörter lesen?** | [ ] Ja [ ] Nein |

| | |
|---|---|
| **Haben Sie eine Hörstörung?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Haben Sie eine Sehstörung?** | [ ] Ja [ ] Nein |

## 5. Aktuelle Beschwerden

| | |
|---|---|
| **Warum möchten Sie zu uns kommen?** | |
| **Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, bitte beschreiben oder hier markieren:**  | |
| **Welche Symptome haben Sie beobachtet?** | |
| **Seit wann bestehen die Probleme?** *(Häufigkeit, pro Tag / Woche)* | |

## 6. Fragen zur Behinderung

| | |
|---|---|
| **Was für eine Behinderung besteht?** | |
| **Ist die Ursache der Behinderung bekannt?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Gab es Komplikationen bei der Geburt?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Gab es Entwicklungsverzögerungen?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Gibt es noch andere Personen in der Familie mit einer Behinderung?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Welche Hilfsmittel haben Sie?** *(z.B. Rollstuhl, Rollator, Aktivrollstuhl, Duschstuhl, Elektrischer Rollstuhl, Korsett, Orthesen, Schienen...)* | |
| **Haben Sie regelmäßig Therapien?** *(Physio, Ergo, Logo, andere)* | [ ] Physiotherapie [ ] Ergotherapie<br>[ ] Logopädie [ ] Andere |

| | |
|---|---|
| **Kurze Beschreibung besonderer Verhaltens-weisen**<br><br>*(Auto-/Fremd-/Sachaggression, Ver- schlucken von Gegenständen...)* | |
| **Was gefällt dem Patienten? Was beruhigt? Was hilft Eskalation zu vermeiden?** | |
| **Was missfällt dem Patienten? Was führt zur Eskalation? Gibt es ein Konzept dies zu vermeiden?** | |
| **Mobilität / Sturzneigung / Verletzungen in letzter Zeit?** | |
| **Vorhandene Sonden / Katheter?** | |
| **Vorhandene Implantate**<br><br>*(ICD, Vagusnervstimulator Port, Endoprothesen)* | [ ] ICD<br>[ ] Vagusnervstimulator<br>[ ] Endoprothesen<br>[ ] Andere |

## 7. Vorgeschichte

| | |
|---|---|
| **Wie groß sind Sie?** | |
| **Was ist Ihr Gewicht?** | |
| **Haben Sie in den letzten 12 Monaten deutlich zu- oder abgenommen?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Haben Sie Probleme beim Wasserlassen o- der beim Stuhlgang?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen** | [ ] Urininkontinent [ ] Urinkatheter<br>[ ] Stuhlinkontinent [ ] Sonstiges<br>Unter Sonstiges fallen z.B. Schutz-/Windelhosen oder vergleichbares |
| **Leiden Sie unter chronischer Verstopfung?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Haben Sie Probleme beim Schlucken?** | |
| **Welche Kostform brauchen Sie?** *(normal, angedickt, püriert, sonstige)* | |
| **Unverträglichkeiten und Allergien** *(Lebensmittel, Medikamente, etc.)* | |

| | |
|---|---|
| **Ist Appetit vorhanden?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Liegt bei Ihnen eine Atemstörung vor?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Wenn ja, welche Hilfsmittel gibt es?** | |
| **Haben Sie Vorerkrankungen?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Wenn ja, welche?** | |
| **Haben Sie ansteckende Erkrankungen?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Wenn ja, welche?** *(z.B. HIV; Hepatitis)* | |

| | |
|---|---|
| **Haben Sie multiresistente Keime?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Wenn ja, welche?** *(MRSA, MRGN, VRE, Lokalisation)* | |
| **Letzte Kontrolllluntersuchung (Datum)** | |
| **Trinken Sie Alkohol?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Wenn ja, pro Woche ca.** | |
| **Rauchen Sie?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Wenn ja, wie viele am Tag ca.?** | |
| **Wie schlafen Sie?** *(gut / Ein- / Durchschlafstörungen)* | |
| **Neurologische Vorgeschichte** *(Depression, Psychose, Epilepsie, Spastik, stationäre Behandlungen)* | |

## 8. Medikamente

*Bitte tragen Sie alle Medikamente hier ein / Medikamentenplan anliegend dabei (inklusive Bedarfsmedikation). Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Rückseite verwenden.*

| Medikament | Dosis | Einnahmeschema |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|---|---|
| **Werde regelmäßig Spritzen verabreicht?** | [ ] Ja [ ] Nein |

## 9. Mitbehandelnde Ärzte

*Bitte nennen Sie uns Name und Kontaktdaten aller Fachärzte, die ambulant mitbehandeln. Kreuzen Sie an, welche Ärzte den Arztbrief in Kopie erhalten sollen*

| Name des Arztes | Adresse | Kontaktdaten |
|---|---|---|
| | | **TELEFON:**<br>**FAX:**<br>**E-MAIL:** |
| **Fachrichtung des Arztes** | | |

| Name des Arztes | Adresse | Kontaktdaten |
|---|---|---|
| | | **TELEFON:**<br>**FAX:**<br>**E-MAIL:** |
| **Fachrichtung des Arztes** | | |

| Name des Arztes | Adresse | Kontaktdaten |
|---|---|---|
| | | **TELEFON:**<br><br>**FAX:**<br><br>**E-MAIL:** |
| **Fachrichtung des Arztes** | | |

| Name des Arztes | Adresse | Kontaktdaten |
|---|---|---|
| | | **TELEFON:**<br><br>**FAX:**<br><br>**E-MAIL:** |
| **Fachrichtung des Arztes** | | |

| Name des Arztes | Adresse | Kontaktdaten |
|---|---|---|
| | | **TELEFON:**<br><br>**FAX:**<br><br>**E-MAIL:** |
| **Fachrichtung des Arztes** | | |

| Name des Arztes | Adresse | Kontaktdaten |
|---|---|---|
| | | **TELEFON:**<br><br>**FAX:**<br><br>**E-MAIL:** |
| **Fachrichtung des Arztes** | | |

| | |
|---|---|
| **Gab es Krankenhausbehandlungen, Operationen und radiologische Untersuchungen inkl. Grund?**<br>*(insb. in den letzten 5 Jahren)* | |

| | |
|---|---|
| **Ich willige als gesetzlich bestellte Betreuung in die ambulante Diagnostik und Behandlung ein** | _____<br>Unterschrift |
| **Ich stimme Video- und Tonaufnahmen zu Behandlungszwecken zu** | _____<br>Unterschrift |
| **Zeigen von Video und Bildaufnahmen bei Aus- und Weiterbildung von Ärzten und med. Assistenzpersonal erlaube ich** | _____<br>Unterschrift |
| **Entbindung von der Schweigepflicht zwischen mitbehandelnden Ärzten und Ärzten des MZEB** | _____<br>Unterschrift |
| **Haben Sie eine Patientenverfügung?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| **Ergänzungen / Bemerkungen** | |