

ANMELDEBOGEN MZEB



**MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
PFALZKLINIKUM GMBH**
Eine Tochter des Pfalz-Klinikums - AdöR

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
je besser wir Ihre Untersuchung bei uns vorbereiten können, umso gezielter können wir Sie bei Ihren Fragen und Problemen unterstützen. Deshalb bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

1.1 Patientendaten

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.:		PLZ, Wohnort:
(Mobil-)Telefon:	Staatsangehörigkeit:	Krankenversicherung:

1.2. Sind Sie verheiratet oder leben in einer Lebensgemeinschaft?

nein ja wenn ja, Name des Partners/der Partnerin:

1.3. Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?

nein ja wenn ja, Name, Adresse, Telefon, Fax des gesetzlichen Betreuers:

1.4. Haben Sie einen Behindertenausweis?

nein ja wenn ja, GdB/Prozente/ und Merkzeichen:

1.5. Haben Sie einen Pflegegrad?

nein ja wenn ja, welcher?

1.6. Wohnform:

Eigene Wohnung Betreutes Wohnen Elternhaus Wohnheim Wohngemeinschaft
Falls Einrichtung, welche:

1.7. Ausstattung der Wohnung:

Barrierefrei Bad behindertengerecht Innen ohne Treppen Innen Stufen
 Außen Stufen Durchfahrtbreiten / Türbreiten ausreichend

Besondere behinderungsangepasste Einrichtungen:

2.1. Zuweisender Arzt:

Name:		PLZ, Ort:	
Straße, Hausnr.:	Telefon:	Fax:	

2.2. Waren Sie bereits in unserem MZEB oder im MVZ Pfalzlinikum in Behandlung?

nein ja wenn ja, wann?

2.3. Waren Sie zuvor in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder anderem MZEB in Behandlung?

nein ja wenn ja, wo und wann?

3.1. Für welche Probleme suchen Sie bei uns aktuell Hilfe? (Verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt)

3.2. Welche Erkrankungen / welche Diagnosen sind bei Ihnen bekannt?

Erkrankung:	Seit wann:

(ggf. gesondertes Blatt benutzen)

3.3. Welche Beeinträchtigungen bestehen?

<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen/Spastik	<input type="checkbox"/> Chronische/akute Schmerzen	<input type="checkbox"/> Versteifungen/Fehlstellung
<input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> Veränderungen der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Veränderungen der Muskulatur
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Hautschädigungen/Druckstellen	<input type="checkbox"/> Atemprobleme
<input type="checkbox"/> Störung der geistigen Entwicklung	<input type="checkbox"/> Psychische/emotionale Probleme	<input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeit
<input type="checkbox"/> Sprach-/Sprechstörungen	<input type="checkbox"/> Ess-/Trinkstörung	<input type="checkbox"/> Probleme der Ausscheidung

3.4. Bei welchen Ärzten und/oder medizinischen Einrichtungen befinden Sie sich wegen Ihren genannten Störungen bereits in Behandlung (z.B. Hausarzt, Neurologie, Urologie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Orthopädie)?

Arzt/medizinische Einrichtung:	Name und Adresse:	Seit wann:

(Wenn Ihnen Berichte vorliegen, gerne Kopien einsenden oder per Mail vorab zusenden: mailadress@....)

3.5. Krankenhausaufenthalte:

Zeitraum/Datum:	Krankenhaus:	Grund/Diagnose:

(Wenn Ihnen Krankenhausberichte vorliegen, gerne Kopien einsenden oder per Mail vorab zusenden: mailadress@....)

3.6. Bisherige bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, Röntgen, CT, MRT)

<input type="checkbox"/> MRT wenn ja: Wann/Welche Körperregion:	<input type="checkbox"/> CT wenn ja: Wann/Welche Körperregion:
<input type="checkbox"/> Röntgen wenn ja: Wann/Welche Körperregion:	<input type="checkbox"/> Ultraschall wenn ja: Wann/Welche Körperregion:
Sonstige:	

(Wenn Ihnen schriftliche vorliegen, gerne Kopien einsenden oder per Mail vorab zusenden: mailadress@....)

3.7. Bisherige und aktuelle Therapien

Art der Therapie:	Name der Praxis /Einrichtung	Wie häufig (pro Woche):
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logotherapie		
Psychotherapie		
Sonstige:		

3.8. Pflege: Bei welchen Pflegemaßnahmen brauchen Sie Unterstützung?

<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Duschen / Baden	<input type="checkbox"/> Zahnpflege
<input type="checkbox"/> Haarpflege	<input type="checkbox"/> Fußpflege	<input type="checkbox"/> Zu Bett Gehen / Aufstehen
<input type="checkbox"/> Fortbewegung in der Wohnung	<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> Medikamentengabe
<input type="checkbox"/> Andere Pflegemaßnahmen:		

3.9. Hilfsmittel (z. B. spezielle Schuhe, Schienen/Orthesen, Gehstützen, Rollator, Rollstuhl mit/ohne Sitzschale, E-Rollstuhl mit elektrischer Antriebshilfe (e-motion, e-fix), Elektrorollstuhl)

Art des Hilfsmittels:	Seit wann:	Sanitätshaus, Orthopädietechnik:

(ggf. gesondertes Blatt benutzen)

3.10. Regelmäßige Medikamente

Medikament:	Grund für die Einnahme / behandelte Erkrankung:	morgens	mittags	abends	nachts

(ggf. gesondertes Blatt benutzen)

3.11. Notfall- / Bedarfsmedikamente

Medikament:	Grund für die Einnahme / behandelte Erkrankung:

4.1. Besteht eine Störung der Blasen- oder Darmentleerung?

nein ja wenn ja, welche?

4.2. Benutzen Sie Hilfsmittel für die Ausscheidung (z. B. Einmalwindeln, Katheter)?

nein ja wenn ja, welche?

5.1 Probleme beim Essen/Kauen/Schlucken (z. B. Verschlucken, Würgen)?

nein ja wenn ja, welche?

5.2. Besondere Kost (z.B. püriert, Sondennahrung)

nein ja wenn ja, welche?

5.3 Künstlicher Zugang / Sonde / PEG

nein ja wenn ja, seit wann?

6.1. Liegt bei Ihnen eine Atemstörung vor?

nein ja wenn ja, welche?

6.2. Hilfsmittel für die Atmung vorhanden:

nein ja wenn ja, welche?

7.1. Liegt bei Ihnen eine Sprech-/Sprachstörung vor?

nein ja wenn ja, welche?

7.2. Sonstige Kommunikationsstörung

nein ja wenn ja, welche?

7.3. Hilfsmittel für die Kommunikation vorhanden:

nein ja wenn ja, welche?

8. Liegt bei Ihnen eine Hörstörung vor?

nein ja wenn ja, welche?

9. Liegt bei Ihnen eine Sehstörung vor?

nein ja wenn ja, welche?

10.1. Ist die Ursache Ihrer Behinderung bekannt?

nein/nicht bekannt ja wenn ja, welche?

10.2. Liegen Befunde zur Intelligenzentwicklung bei Ihnen vor?

nein ja wenn ja, ist der IQ bekannt?

11. Allergien / Unverträglichkeiten (z. B. Nahrungsmittel, Medikamente; Latex)

nein/nicht bekannt ja wenn ja, gegen welche Stoffe?

Der Fragebogen wurde von mir selbst ausgefüllt wenn nein, Name der Hilfsperson:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

ggf. Unterschrift Hilfsperson

ggf. Unterschrift gesetzl. Betreuung