

**Medizinisches Zentrum für Erwachsene
mit Behinderungen (MZEB)**
Leitung: Dr. med. A. Bredel-Geißler
Telefon: 06131/378-2123
Fax: 06131- 378 2812
Anschrift: Hartmühlenweg 2-4, 55122 Mainz

Praxisstempel

Fragebogen

1. Patientendaten

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Straße, Hausnr.:	_____
PLZ, Wohnort:	_____	(Mobil-)Telefon:	_____
Staatsangehör.:	_____	Krankenkasse/ -versicherung:	_____

2. Für welche Probleme suchen Sie bei uns aktuell Hilfe?

(Verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt)

2.1 Welche Erkrankungen / welche Diagnosen sind bei Ihnen bekannt?

Erkrankung:	Seit wann:

2.2 Liegen Befunde zur Intelligenzentwicklung bei Ihnen vor?

Art der Untersuchung:	Zeitpunkt:

2.3 Liegt bei Ihnen aktuell eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen vor (z. B. MRSA)?

☐ nein ☐ ja

3. Waren Sie bereits hier im SPZ oder im MZEB in Behandlung?

☐ nein ☐ ja wenn ja, wann? _____

4. Zuweisender Arzt:

Name: _____
 PLZ, Ort: _____
 Straße: _____
 Telefon: _____
 Fax: _____

5. Bei welchen Ärzten und/oder medizinischen Einrichtungen befinden Sie sich wegen Ihren genannten Störungen bereits in Behandlung?

Arzt/medizinische Einrichtung:	Name und Adresse:	Seit wann:
Hausarzt		
Neurologie		
Urologie		
Innere Medizin		
Neurochirurgie		
Orthopädie		
Weitere Ärzte/Einrichtungen		

6. Operationen

Krankenhaus:	Zeitraum/Datum:	Grund:

7. Bisherige und aktuelle Therapien

Art der Therapie:	Seit wann:	Wie häufig (pro Woche):
Physiotherapie		
Ergotherapie		

Logotherapie		
Sonstige:		

8. Bisherige Untersuchungen

Art der Untersuchung:	Was und wann zuletzt:	Arzt/medizinische Einrichtung:
Neurochirurgie:		
Urologie:		
Orthopädie:		
Neurologie (auch Nervenleitung, EEG):		
Innere Medizin:		
Radiologie (MRT, CT, Röntgen, Szintigraphie):		
Schlaflabor:		
HNO:		
Ultraschall:		
Sonstige:		

9. Hilfsmittel

Art des Hilfsmittels:	Seit wann:	Versorger (Sanitätshaus, Orthopädietechnik etc.):

10. Regelmäßige Medikamente

Medikament:	Grund für die Einnahme:	Dosierung:

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

12. Familienvorgeschichte

12.1 Gibt es gleiche oder ähnliche Erkrankungen, wie sie bei Ihnen vorliegen, in Ihrer Familie?

☐ nein ☐ ja wenn ja, bei wem? _____

12.2 Sonstige Erkrankungen in Ihrer Familie

Art der Erkrankung:	Wer?
Geistige Behinderung	
Epilepsie (Anfallsleiden)	
Spastische oder andere Lähmungen	
Muskelerkrankungen	
Allergien	
Fehlbildungen	
Bewegungsstörungen	
Gemütererkrankungen (Depressionen u.a.)	
Sonstiges	

12.3 Gab es Besonderheiten während Ihrer Geburt und/oder in der Zeit danach?

☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt wenn ja, welche? _____

13 Informationen zu aktuellen Körper- und Organfunktionen

13.1 Harnwege (Nieren und Blase)

Besteht eine Störung der Blasenentleerung?

☐ nein ☐ ja

Entleerungstechnik

☐ Spontan ☐ Dauerkatheter ☐ Einmalkatheter ☐ Nachtkatheter
☐ Pouch ☐ Augmentation ☐ Conduit (Bauchbeutel) ☐ Künstl. Schließmuskel

Aktuelle Probleme (z.B. Infekte, Inkontinenz):

☐ nein ☐ ja wenn ja, welche? _____

13.2 Darm

Besteht eine Darmentleerungsstörung?

☐ nein ☐ ja

Entleerungstechnik:

☐ Spontan gezielt ☐ Spontan unwillkürlich ☐ Ausräumen ☐ Abführmittel
☐ Darmspülung ☐ Klysma, Gleitmittel ☐ Bauchstoma (Mace)

Aktuelle Probleme (z.B. Verstopfung, Durchfälle, Inkontinenz):

☐ nein ☐ ja wenn ja, welche? _____

13.3 Nahrungsaufnahme

☐ Normal (selbständiges Essen, Kauen, Schlucken nicht speziell zubereiteter Kost)
☐ Probleme beim Kauen
☐ Probleme beim Schlucken (Verschlucken, Notwendigkeit z. B. pürierter Kost)
☐ PEG ☐ nein ☐ ja wenn ja, seit wann? _____

13.4 Mobilität

Hilfsmittel zur Mobilität:	Vorhanden:	Alter:
Keine (freies Laufen möglich)		
Spezielle Schuhe (z.B. orthopädische Schuhe)		
Orthesen		
Gehstützen (Unterarmgehstützen, Gehstock)		
Rollator		
Rollstuhl ohne Antriebshilfe		
Rollstuhl mit elektrischer Antriebshilfe (e-motion, e-fix)		
Elektrollstuhl		
Sonstige		

13.5 Atmung

Liegt bei Ihnen eine Atemstörung vor?

☐ nein ☐ ja wenn ja, welche? _____

Hilfsmittel für die Atmung:	Vorhanden:	Alter:
Therapie mit Beatmungsgerät		
Sauerstoffgabe		
Sonstiges		

13.6 Kommunikation

Störung der Kommunikation:	Vorhanden:	Welche:
Sprech-/ Sprachstörung		
Hörstörung		
Sehstörung		
Sonstige		

14 Sozialmedizinische Informationen

Behindertenausweis: ☐ nein ☐ ja

GdB: ☐ nein ☐ ja wenn ja, wie hoch? _____

Merkzeichen: ☐ nein ☐ ja wenn ja, welche? _____

Pflegestufe ☐ nein ☐ ja wenn ja, welche? _____

Gesetzliche Betreuung: ☐ nein ☐ ja wenn ja, durch wen? _____

Wohnform: ☐ Elternhaus ☐ eigene Wohnung
☐ Betreutes Wohnen, welche Einrichtung? _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: ☐ Patient/in ☐ Anderen: wer? _____

Ort, Datum

Unterschrift