

Fragebogen MZEB

Dieser Fragebogen

- wurde von mir selbst ausgefüllt
 wurde ausgefüllt von: _____
 wurde von mir mit Hilfe ausgefüllt von: _____

Angaben zur Person

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>		
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Krankenversicherung:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		

Name der Bezugsperson, die ggf.
Auskunft geben könnte:

Wie ist diese Person mit Ihnen bekannt:
(z.B. Angehörige, Mitarbeitende Wohnen, Betreuende)

Telefonnummer:

Adresse:

E-Mail:

<input type="text"/>

Für diese Person benötigen wir eine Schweigepflichtentbindung. Bitte füllen Sie das beigelegte Formular dafür aus.

Ist für Sie eine rechtliche Betreuung eingerichtet worden?

Name des gesetzlichen Betreuers:

Telefonnummer der gesetzl. Betreuung:

Adresse der gesetzl. Betreuung:

E-Mail der gesetzl. Betreuung:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Betreuungsbereiche (bitte ankreuzen):

- Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Wohnungsangelegenheiten
 Vermögenssorge Postangelegenheiten Vertretung vor Behörden/Einrichtungen

Welche Ärztin bzw. welcher Arzt hat Sie ins Medizinische Zentrum überwiesen?

Name:

Fachrichtung:

Adresse:

Telefonnummer:

Warum kommen Sie zu uns ins Medizinische Zentrum?

Bei welchen Problemen und gesundheitlichen Einschränkungen sollen wir Ihnen helfen? Grund der Anmeldung?

- Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen...)
- Psychische Beschwerden (z.B. Ängste, Zwänge, soziale Schwierigkeiten...)
- Besonderheiten im Verhalten (z.B. Schreien, Zerstörung von Gegenständen, körperliche Angriffe, Selbstverletzung...)

Bitte beschreiben Sie die Schwierigkeiten oder gesundheitlichen Beschwerden möglichst konkret:

--

Mit welchem Anliegen wenden Sie sich an uns? Wie lautet Ihre Frage zu den Beschwerden?

--

Seit wann bestehen die Probleme?

--

Bei welchen Ärzten bzw. Therapeuten waren Sie wegen der Probleme schon in Behandlung?

Welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen sind noch bekannt?

Diabetes Bluthochdruck Übergewicht Untergewicht

Epilepsie Schluckstörungen Atemwegserkrankungen

Allergien: _____

Weitere: _____

Gibt es Dinge, die Ihnen bei einem Arztbesuch Angst machen oder Unruhe auslösen?

Gibt es etwas, was Arztbesuche für Sie erleichtert?

Aktuelle und bisherige Therapien:

Art der Therapie?	Name der Fachperson, Adresse der Praxis	Aktuelle Therapie: Wie oft pro Woche?	Bisherige Therapie: Monat/Jahr
<input type="checkbox"/> Physiotherapie			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Logopädie			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> Sonstige			

Wann und wo waren Sie in stationärer Behandlung?

Benötigen Sie Beratung in für Sie wichtigen Bereichen (z.B. Arbeit, Mobilität, Kommunikation, Selbstversorgung und häusliches Leben oder anderes? In welchen?

Wie verständigen Sie sich?

- Sprechen Gebärden Gesten

mit Hilfsmitteln:

Welche Hilfsmittel nutzen Sie regelmäßig, die Ihnen den Alltag erleichtern?

Wie leben Sie?

- bei den Eltern in einer Wohngemeinschaft
- selbstständig in einer eigenen Wohnung in einer Gastfamilie
- ambulant betreut in einer eigenen Wohnung stationär betreut in einer Wohngruppe
- in einer anderen Wohnform, und zwar: _____

Was machen Sie tagsüber?

- Ich gehe zur Schule. In welche? _____
- Ich arbeite in einem Betrieb. Wo genau? _____
- Ich arbeite in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)
- Ich bin arbeitslos.
- Ich bin arbeitsunfähig / ich bin krankgeschrieben.
- Ich besuche eine tagesstrukturierende Maßnahme. Welche? _____
- Sonstiges: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

- Nein Ja Gesamtgrad der Behinderung (GdB in %) _____
- Merkzeichen (bitte ankreuzen): aG B BI G GI H RF

Haben Sie einen Pflegegrad?

- Nein Ja: Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Haben Sie einen Antrag auf Teilhabeleistung gestellt?

- Nein Ja

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!