

Neurologische Klinik
Chefarzt
PD Dr. med. Martin Winterholler
MZEB Rummelsberg
Leitender Arzt
Dr. med. Frank Kerling
Rummelsberg 71
90592 Schwarzenbruck
kru-mzeb@sana.de
Tel. 09128 / 504-3460
Fax 09128 / 504-1460

Fragebogen zur Patientenmeldung im MZEB Rummelsberg

*Sehr geehrte Patienten, Angehörige und Betreuer,
dieser Fragebogen soll helfen, den geplanten ambulanten Besuch in unserem Zentrum für
Menschen mit Behinderung (MZEB) erfolgreich zu gestalten. Deshalb sind wichtige
Vorinformationen hilfreich. Lassen Sie sich nicht durch den Umfang des Fragebogens abschrecken
und versuchen Sie bitte soweit möglich alle Fragen zu beantworten. Ggf. helfen uns auch Angaben
zu vorher betreuenden Einrichtungen oder Ärzten, die wir kontaktieren können. Vielen Dank für Ihre
Mitarbeit!*

Ausfüllende Person:

Datum:

Bezug zum Patienten:

Telefonnummern für Rückfragen:

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____ Pflegegrad: _____

Wohnanschrift/Einrichtung:

Telefon: _____

Fax: _____ E-mail: _____

Familienstand: _____

1. **Vorstellungsanlass: Für welche Probleme suchen Sie bei uns aktuell Hilfe?**
(Verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt)

1.1 **Welche Erkrankungen / Diagnosen / Beeinträchtigungen sind bei Ihnen bekannt?**

Erkrankung	Seit wann

Aktuelle Vorgeschichte der Patientin/des Patienten (Dauer-Entwicklung der gesundheitlichen Probleme)

Frühere schwere Erkrankungen:

2.2 Sozialmedizinische Informationen

Behindertenausweis: nein ja

GdB: nein ja wenn ja, wie hoch? _____

Merkzeichen: nein ja wenn ja, welche? _____

Pflegegrad nein ja wenn ja, welcher? _____

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

Wohnform: Elternhaus eigene Wohnung

Betreutes, stationäres Wohnen, welche Einrichtung?

Persönl. Unterstützung: Alltag Arbeitsplatz
(Assistenz)

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

Welche Bildung /Ausbildung wurde absolviert?

Regelschule Förderschule Berufsausbildung WfbM sonstige

Aktuelle Situation im Beruf/Arbeitsleben?

Arbeitsfähig arbeitsunfähig Arbeitsfähigkeit gefährdet allgemeiner Arbeitsmarkt WfbM
 Tafö Rente

2.3 Liegen Befunde zur Intelligenzentwicklung bei Ihnen vor?

Art der Untersuchung	Zeitpunkt

2.4 Liegt bei Ihnen aktuell eine Besiedlung mit Problemkeimen /multiresistenten Keimen vor (z. B. MRSA, ESBL, 3MRGN, 4MRGN)?

nein ja nicht getestet/ nicht bekannt

Letzte Kontrolluntersuchung (Datum):

3. Waren Sie bereits in einem SPZ oder MZEB in Behandlung?

nein ja wenn ja, wann und wo? _____

4. Zuweisender Arzt:

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Straße: _____

Telefon : _____

Fax: _____

5. Bei welchen Ärzten/ medizinischen Einrichtungen befinden Sie sich wegen Ihren genannten Störungen bereits zur Diagnostik/ Therapie?

	Name und Adresse
Hausarzt	
Neurologie (auch EEG)	
Urologie	
Innere Medizin	
Neurochirurgie	
Orthopädie	
Psychiatrie	
HNO	
Augenheilkunde	
Frauenheilkunde	
Zahnarzt	
Hautarzt	
Sonstige	

Bisherige und aktuelle Therapien

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

6. Krankenhausbehandlungen, Operationen und radiologische Untersuchungen (insbes. in den letzten 5 Jahren)

Krankenhaus/ Praxis	Datum	Grund

Bitte fügen Sie die Arzt- und Krankenhausberichte der Behandlungen und Diagnostik bei, sofern verfügbar.

7. Hilfsmittel

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

8. Regelmäßige Medikamente

Medikament	Grund für die Einnahme	Dosierung

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

10. Familienvorgeschichte

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

nein ja wenn ja, bei wem?

10.2 Sonstige Erkrankungen in Ihrer Familie

Erkrankung	Wer?
Geistige Behinderung	
Epilepsie (Anfallsleiden)	
Spastische oder andere Lähmungen	
Muskelerkrankungen	
Fehlbildungen	
Bewegungsstörungen	
Seelische Erkrankungen	
Sonstiges	

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

nein ja nicht bekannt wenn ja, welche? _____

10.4 Wurde bei Ihnen eine genetische Untersuchung durchgeführt?

11. Informationen zu aktuellen Körper- und Organfunktionen

11.1 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? _____

11.2 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? _____

11.3 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? _____

11.4 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)		
Elektrorollstuhl		
Sonstige		

11.5 Atmung

Liegt bei Ihnen eine Atemstörung vor?

nein

ja

wenn ja, welche? _____

Hilfsmittel für die Atmung	Vorhanden	Alter
Therapie mit Beatmungsgerät		
Sauerstoffgabe		
Sonstiges		

11.6 Kommunikation

Störung der Kommunikation	Vorhanden	Welche
Sprechstörung		
Sprachstörung		
Hörstörung		
Sehstörung		
Sonstige		

Abschließende wichtige Hinweise

Vielen Dank, dass Sie den Anmeldebogen ausgefüllt haben. Das hilft uns in der Vorbereitung auf den Termin mit Ihnen und wir können uns ganz gezielt mit Ihren Problemstellungen befassen. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Bogen per Post oder eingescannt als E-Mail zurück:

MZEB Rummelsberg

Rummelsberg 71
90592 Schwarzenbruck
kru-mzeb@sana.de
Tel. 09128 / 504-3460

Bitte legen Sie dem Fragebogen eventuell vorhandene **Befundberichte** und unbedingt ein **aktuelles Foto** bei – gerne auch digital. Für evtl. notwendige Anforderungen von Arztbriefen /Unterlagen aus anderen behandelnden Praxen /Einrichtungen (z.B. SPZ, Neurologen,...) bitte das beigegefügte Formular zur **Freigabe von Arztberichten** ausfüllen und unterschreiben sowie das Formular **Arztinformation zur Überweisung** dem überweisenden Arzt (Haus- oder Facharzt) vorlegen.. Zur Vorstellung im MZEB bringen Sie bitte alle notwendigen medizinischen Unterlagen und Versicherungskarte mit sowie alles, was Sie im Tagesverlauf an persönlichen Hilfsmitteln und Materialien benötigen. Rechnen Sie, dass Ihre Vorstellung im MZEB einen halben Tag dauern kann, insbesondere, wenn viele Fachgebiete benötigt werden.

Im Einzelnen sind folgende **Unterlagen am Tag der Behandlung** erforderlich:

- MZEB-Überweisung vom Haus- oder Facharzt für das Quartal der Vorstellung.
- Elektronische Gesundheitskarte, ggf. Befreiungskärtchen
- Kopie des Schwerbehindertenausweises
- Ggf. Vorsorgevollmacht/Betreuerausweis
- Vorbefunde, sofern vorhanden von schweren Erkrankungen, OPs, Klinikbehandlung.
- Röntgenbilder
- CT- und MRT-Aufnahmen

Bitte denken Sie auch an

- Zu beurteilende Hilfsmittel (Rollstuhl, Orthesen, Hörgeräte, Sehhilfen etc.) sofern möglich
- Kommunikationshilfsmittel (Talker, Bilder, etc.)
- Ausreichend Inkontinenzmaterial für die Zeit bei uns
- Verpflegung und ggf. Getränke für einen mehrstündigen Aufenthalt
- Wechselkleidung

Unsere Räume sind barrierefrei und so gestaltet, dass Sie auch mit Pflegebedarf einen ganzen Tag bei uns verbringen können. Es ist eine Küche vorhanden, Rückzugsräume und ein Sanitärbereich mit Pflegemöglichkeit. Ein Lifter kann ebenfalls genutzt werden.

Wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen!

Ort, Datum

Unterschrift