

**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

<b>Art der Therapie:</b>	<b>Seit wann:</b>	<b>Wie häufig (pro Woche):</b>
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logotherapie		
Sonstige:		

## 8. Bisherige Untersuchungen

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

**9. Hilfsmittel**

<b>Art des Hilfsmittels:</b>	<b>Seit wann:</b>	<b>Versorger (Sanitätshaus, Orthopädietechnik etc.):</b>

**10. Regelmäßige Medikamente**

<b>Medikament:</b>	<b>Grund für die Einnahme:</b>	<b>Dosierung:</b>

**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)		
Elektrorollstuhl		
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