

Patientenfragebogen MZEB

Herzlich willkommen im MZEB an den Christophorus-Kliniken!
 Wir möchten uns gründlich auf den Kontakt mit Ihnen vorbereiten. Deshalb benötigen wir einige wichtige Informationen. Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus und senden ihn an uns zurück. Dann melden wir uns bei Ihnen, um einen Termin zu vereinbaren.
 Herzlichen Dank!

Angaben zu Ihrer Person		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Ort	Tel.
Bezugsperson, die ggf. Auskunft geben darf		
Name	Vorname	Wie bekannt/verwandt?
Straße	Ort	Email
Tel.	Tel. mobil	Fax.
Gesetzlicher Betreuer *		
Name (Druckbuchstaben)		
Straße	Ort	Email
Tel.	Tel. mobil	Fax.
Aufgabengebiete	<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge	
Wie wohnen Sie?		
<input type="checkbox"/> Elternhaus	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Einrichtung Name:	
<input type="checkbox"/> WG	<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung ohne Betreuung	<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung mit Betreuung
Gehen Sie einer regelmäßigen Beschäftigung nach?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich bin arbeitslos.	<input type="checkbox"/> Ich bin arbeitsunfähig/vom Arzt krankgeschrieben.
<input type="checkbox"/> Ich gehe zur Schule	Name und Adresse:	
<input type="checkbox"/> Ich arbeite in einem Betrieb	Name und Adresse:	
<input type="checkbox"/> Ich arbeite in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfMmB)	Name und Adresse:	
<input type="checkbox"/> Ich besuche eine tagesstrukturierende Maßnahme	Name und Adresse:	
<input type="checkbox"/> Sonstige:		
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, mit Grad ____%	
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> TBI
Wurde ein Pflegegrad bei Ihnen festgestellt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Patientenfragebogen MZEB

Wie bewegen Sie sich fort?		
<input type="checkbox"/> Ich laufe frei ohne Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Ich laufe mit Hilfsmittel	Art des Hilfsmittels:	
<input type="checkbox"/> Ich fahre eigenständig Rollstuhl.		
<input type="checkbox"/> Ich werde im Rollstuhl gefahren.		
<input type="checkbox"/> Ich bin bettlägerig.		
Welche Hilfsmittel nutzen Sie regelmäßig, die Ihnen den Alltag erleichtern?		
Wie verständigen Sie sich?		
<input type="checkbox"/> Ich spreche.	<input type="checkbox"/> Ich lautiere.	
<input type="checkbox"/> Ich verständige mich mit Mimik/Gestik/Körpersprache.		
<input type="checkbox"/> Ich verwende Hilfsmittel der unterstützten Kommunikation, und zwar....		
<input type="checkbox"/> Ich verständige mich durch		
<input type="checkbox"/> Ich kann auf keinerlei Weise kommunizieren.		
Haben Sie eine Einschränkung des Sehens?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche:	<input type="checkbox"/> nicht untersucht
Haben Sie eine Einschränkung des Hörens?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche:	<input type="checkbox"/> nicht untersucht
Wie ernähren Sie sich?		
<input type="checkbox"/> Ich esse selbständig.	<input type="checkbox"/> Essen wird mir angereicht.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Ernährungssonde (PEG/PEJ) und werde darüber <input type="checkbox"/> ausschließlich <input type="checkbox"/> zusätzlich ernährt.		
<input type="checkbox"/> Ich erhalte speziell zubereitet Kost (z.B. passiert, angedickt,...)	Kostform:	
<input type="checkbox"/> Ich verschlucke mich häufiger, es besteht der Verdacht auf eine Schluckstörung.		
<input type="checkbox"/> Ich kann schlecht kauen und behalte die Nahrung oft lange im Mund.		
<input type="checkbox"/> Ich habe ständig großen Hunger.		
Mein Zahnarzt	Name	Straße
	Ort	Letzter Besuch:
Aktuelles Gewicht kg		Aktuelle Größe m
Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten: Ich habe kg abgenommen/ kg zugenommen.		
Haben Sie Probleme beim Wasser lassen/ mit dem Stuhlgang?		
<input type="checkbox"/> Ich kann die Harnblase auf normalem Wege vollständig entleeren.		
<input type="checkbox"/> Ich kann die Harnblase häufig nicht vollständig entleeren.		
<input type="checkbox"/> Ich habe einen <input type="checkbox"/> Dauerkatheter / <input type="checkbox"/> SPK.		

Patientenfragebogen MZEB

<input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme mit dem Stuhlgang.		
<input type="checkbox"/> Ich neige zu Verstopfung. <input type="checkbox"/> Ich nehme regelmäßig Medikamente gegen Verstopfung ein.		
<input type="checkbox"/> Ich neige zu Durchfall (bis zu Mal/ Tag).		
Wurde bei Ihnen schon einmal ein multiresistenter Keim festgestellt oder haben Sie dauerhaften Kontakt zu Personen mit multiresistenten Keimen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, welcher Keim? <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 4MRGN
Mussten Sie sich in den letzten 6 Monaten länger als 3 Tage im Krankenhaus behandeln lassen?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gibt es Dinge, die Ihnen beim Arztbesuch Angst machen oder Unruhe auslösen?		
Gibt es etwas, was erfahrungsgemäß Arztbesuche für Sie erträglicher werden lässt?		
Können Untersuchungen wie z.B. Blutentnahmen, EKG, Ultraschall bei Ihnen durchgeführt werden?		
<input type="checkbox"/> Ja, problemlos	<input type="checkbox"/> Ja, nach vorheriger ruhiger Erklärung und Vorbereitung.	<input type="checkbox"/> Nein, ich müsste dafür medikamentös beruhigt werden.
Wie lang sollte Ihr Termin bei uns maximal dauern, bevor Ihre Belastungsgrenze erreicht ist?		
z.B. eine, zwei, drei Stunden		

Bitte legen Sie dem Fragebogen Arztbriefe/ Vorbefunde (z.B. auch Röntgen-/ CT- Befunde) von Arztpraxen/ Krankenhäusern bei, bei denen Sie behandelt worden sind.

Für die evtl. notwendige Anforderung solcher Unterlagen durch uns bitten wir Sie auch, uns das beigefügte Formular „Freigabe zur Zusendung von Behandlungsunterlagen“ auszufüllen und zuzusenden.

* Zudem benötigen wir die Einverständniserklärung des Betreuers und eine Kopie des Betreuerausweises für die Vorstellung und Untersuchung im MZEB.

Bitte senden Sie alle genannten Formulare per Post an:

MZEB an den Christophorus-Kliniken
 Alte Münsterstr. 20 - 22
 48653 Coesfeld
 Tel. 02541 89-13078
 Fax: 02541 89-13086

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und freuen uns auf Sie!