

# 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"/> Gesundheitspflege							
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

Welcher Arzt hat Sie an das MZEB überwiesen?					
Name		Vorname		Fachrichtung	
Straße		Ort		Tel.	
Warum stellen Sie sich im MZEB vor?					
<input type="checkbox"/> Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen, Verschlechterung der Beweglichkeit, allgemeine Abgeschlagenheit, Appetitverlust, Luftnot....)					
Bitte beschreiben Sie die Art und Dauer Ihrer Beschwerden:					
<input type="checkbox"/> Psychische Auffälligkeiten (z.B. Depression, sozialer Rückzug, Aggression, kognitive Verschlechterung, Verhaltensänderung.....)					
Bitte beschreiben Sie die Art und Dauer Ihrer Beschwerden:					
Welche dauerhaften Beeinträchtigungen liegen bei Ihnen vor? (z.B. Störung der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; psychische Erkrankungen; Bewegungsstörungen; Krampfleiden; Schmerzen....)					
Gibt es in Ihrer Familie weitere Personen, die an einer Störung der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten bzw. weiteren Beeinträchtigungen leiden, die Sie auch haben?					
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		wenn ja, wurde bereits eine Gendiagnostik durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Angaben zu Ihrer bisherigen Krankengeschichte					
Liegen bei Ihnen chron. Erkrankungen vor (z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Herzschwäche)?					
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein, wie oft am Tag und in welcher Dosierung?					
Medikament (z.B. Ibuprofen)	Dosis (z.B. 400mg)	morgens	mittags	abends	nachts

# Patientenfragebogen MZEB

<b>Wie bewegen Sie sich fort?</b>		
<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.		
<b>Welche Hilfsmittel nutzen Sie regelmäßig, die Ihnen den Alltag erleichtern?</b>		
<b>Wie verständigen Sie sich?</b>		
<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.		
<b>Haben Sie eine Einschränkung des Sehens?</b>		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche:	<input type="checkbox"/> nicht untersucht
<b>Haben Sie eine Einschränkung des Hörens?</b>		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche:	<input type="checkbox"/> nicht untersucht
<b>Wie ernähren Sie sich?</b>		
<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.		
<b>Haben Sie Probleme beim Wasser lassen/ mit dem Stuhlgang?</b>		
<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!