

Fragebogen MZEB

Den Fragebogen

- habe ich ausgefüllt
 hat ausgefüllt: _____
 habe ich ausgefüllt, mit Hilfe 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 mich gut kennt:	<input type="text"/>
Wer ist das?: (z.B. Mutter, Bruder, Vater...)	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

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

Haben Sie einen rechtlichen Betreuer?

Mein Betreuer heißt:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

Wo hilft Ihr gesetzlicher Betreuer Ihnen? (bitte ankreuzen):

- Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Wohnungsangelegenheiten
 Vermögenssorge Postangelegenheiten Vertretung vor Behörden/Einrichtungen

Meine Überweisung ist von:

Name Arzt/Ärztin:

Fachrichtung:

Adresse:

Telefonnummer:

Warum kommen Sie zu uns?

Wie können wir helfen? Bei:

- 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...)

Schreiben Sie die Probleme hier auf:

Wie lange haben Sie diese Probleme schon?

Wo waren Sie schon in Behandlung?

Welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen sind noch bekannt?

Diabetes Bluthochdruck Übergewicht Untergewicht

Epilepsie Schluckstörungen Atemwegserkrankungen

Allergien: _____

Weitere: _____

Macht Ihnen ein Besuch beim Arzt Angst? Ja Nein Warum?

Wie können wir Ihren Besuch beim Arzt angenehmer machen?

Bisherige und aktuelle Therapien:

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

Waren Sie im Krankenhaus?

Ja

Nein

Wann?

Wo?

Brauchen Sie Beratung?

Nein

Ja , bei...

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

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!