

Fragebogen für neue Patienten im MZEB Aachen. Dieser Fragebogen ist in einfacher Sprache geschrieben.

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Sehr geehrte Eltern und Betreuer,

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Senden Sie den Fragebogen an uns zurück. Wenn der Fragebogen bei uns ankommt erhalten Sie einen Termin.

Bitte legen Sie zu dem Fragebogen diese Papiere:

- 1) Kopie Vollmacht gesetzliche Betreuung**
- 2) Kopie Schwerbehindertenausweis**
- 3) unterschriebene Datenschutzerklärung**
- 4) alle Arztbriefe und Krankenhausberichte**  
Auch Befundberichte und Ergebnisse von Röntgen/ CT/ MRT Untersuchungen

**Berichte aus der Uniklinik Aachen müssen Sie nicht mitschicken.**

Postadresse: MZEB Uniklinik RWTH Aachen

Pauwelsstraße 30

52074 Aachen

Fax: 0241 80 33 89 606

[mzeb@ukaachen.de](mailto:mzeb@ukaachen.de)

**Bringen Sie zum Termin bitte eine aktuelle Überweisung und die Versichertenkarte mit.**

**Für welches Zentrum möchten Sie sich anmelden?**

- MZEB
- Angelman Zentrum Aachen (AZA)
- Contergan Zentrum Aachen (CZA)

**Über Sie:**

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer, Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

 gesetzlich versichert       privat versichert

Sind sie bei einer privaten Krankenkasse versichert? Dann rufen Sie bei uns an.

Wir schicken Ihnen mit der Post einen Zettel zu. Der Zettel muss von der Krankenkasse unterschrieben werden. Senden Sie uns den Zettel zurück. Dann bekommen Sie einen Termin.

**Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?** Nein       Ja: Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Gesundheitsfürsorge	
Aufenthaltsbestimmung	
Vermögenssorge	
Wohnungsangelegenheiten	
Behörden und Leistungsträger	
Befugnis zum Empfang von Post	

## Welche Krankheiten haben Sie?

Krankheit	Seit wann

## Haben Sie einen Pflegegrad?

- Nein
- Ja, Pflegegrad

## Haben Sie eine Schwerbehinderung?

<input type="checkbox"/>	Nein								
<input type="checkbox"/>	Ja      GdB _____ Merkzeichen:	B	G	aG	H	Gl	Bl	RF	1.KI
<input type="checkbox"/>	befristet	<input type="checkbox"/>	unbefristet						

## Haben Sie Allergien?

## Welche?

## Waren Sie schon in einem SPZ oder MZEB?

Nein

Ja im SPZ in

**Warum kommen Sie zum MZEB?**

**Wie wohnen Sie?**

- Elternhaus
- Eigene Wohnung ohne Betreuung
- Eigene Wohnung mit Betreuung (BeWo)
- Wohngruppe \_\_\_\_\_

**Was arbeiten Sie?**

- Schule: \_\_\_\_\_
- Erster Arbeitsmarkt
- Werkstatt: \_\_\_\_\_
- Rente
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wie groß sind Sie?** \_\_\_\_\_

**Wie viel wiegen Sie?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie hohen Blutdruck**

Nein

Ja

**Haben Sie hohen Blutzucker**

Nein

Ja

**Haben Sie hohe Blutfette**

Nein

Ja

**Rauchen Sie?**

Nein

Ja

**Trinken Sie Alkohol?**

Nein

Ja

**Informationen zu Körperfunktionen**

**Können Sie laufen?**

- Ja
- Ich kann \_\_\_\_\_ Meter alleine laufen
- Ich kann \_\_\_\_\_ Meter mit Rollator laufen
- Nein

**Haben Sie Probleme beim Pipi machen?**

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_

**Wie leeren Sie Ihre Blase?**

- Selbstständig auf der Toilette
- Selbstständig in die Windel
- Mit diesen Hilfsmitteln:
  - Dauerkatheter
  - Einmalkatheter
  - Nachtkatheter
  - Pouch
  - Augmentation
  - Conduit (Bauchbeutel)
  - Künstlicher Schließmuskel

**Bestehen aktuell Probleme mit der Blase?**

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine Blasenentzündung?**

- Wann \_\_\_\_\_

**Haben Sie Probleme Ihren Darm zu entleeren?**

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_

Wie entleeren Sie Ihren Darm?

- Spontan, steuerbar
- Spontan, nicht steuerbar
- Ausräumen
- Abführmittel
- Darmspülung
- Klysma, Gleitmittel
- Bauchstoma

Haben Sie Probleme wie zum Beispiel Verstopfung, Durchfall oder Blasenschwäche?

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_

Wie oft entleeren Sie den Darm?

- Jeden Tag
- Alle \_\_\_\_\_ Tage

**Gibt es Probleme beim Essen?**

- Nein
- Probleme beim Kauen
- Probleme beim Schlucken
- PEG seit \_\_\_\_\_

**Wie viel trinken Sie am Tag?**

- \_\_\_\_\_ Gläser

**Haben Sie Probleme beim Atmen?**

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_

<b>Hilfsmittel zum Atmen</b>	<b>Welche?</b>
Therapie mit Beatmungsgerät	
Sauerstoff	
Sonstige	

<b>Haben Sie Probleme mit:</b>
der Sprache/ dem Sprechen
dem Hören
dem Sehen
Sonstiges

<b>Welche Medikamente nehmen Sie?</b>		
<b>Was?</b>	<b>Wie viele?</b>	<b>Warum?</b>

<b>Wer ist Ihr Hausarzt:</b>
Name: _____
Adresse: _____
Tel: _____
Fax: _____

**Zu welchen Ärzten gehen Sie?**

	Name, Adresse und Telefonnummer	Wann zuletzt
Neurologe		
Urologe		
Innere Medizin		
Orthopäde		
Neurochirurg		
Hals-Nasen Ohrenarzt		
Augenarzt		
Gynäkologe		
Zahnarzt (Vorsorge)		
Hautarzt (Vorsorge)		
Schmerztherapie		
Psychiater		
Sonstige:		

**Wurde ein Intelligenz-Test gemacht?**

Welcher?	Wann?	Ergebnis:

**Waren Sie in den letzten Jahren als Patient in einem Krankenhaus?**

Wo?	Wann?	Warum?

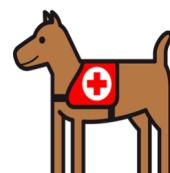
**Frühere und aktuelle Therapien:**

	Name/ Adresse/ Telefonnummer	Wann? Datum	Wie oft pro Woche
Psychiatrie/ Psychotherapie			
Krankengymnastik/Physiotherapie			
Ergotherapie			
Logopädie/Sprachtherapie			
Sonstige:			

**Therapie-Begleithund im MZEB:**

Im MZEB Aachen ist ein Therapie-Begleithund.

Der Hund heißt **Malu**. Malu ist in ausgewählten Räumen.



**Wozu ist der Therapie-Begleithund gut?**

Der Hund kann die Untersuchung und Behandlung unterstützen.

Haben Sie Interesse, dass **Malu** Sie hier im MZEB unterstützt?

Nein

Ja

**Was ist wichtig?**

Malu kann bei Ihrer Untersuchung dabei sein, wenn Sie **keine Angst vor Hund** oder **keine Allergien** haben.

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie Kontakt mit dem Hund wünschen.

Wir benötigen dafür eine **schriftliche Einwilligung**.

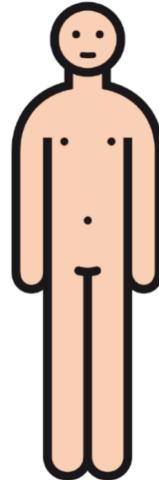
**Was besitzen Sie?**

Was	Wo gekauft?	Seit wann?	Warum?	Ist damit alles in Ordnung?
Brille				
Hörgerät				
Zahnprothesen				
Gehstock				
Rollator				
Rollstuhl				
E Rollstuhl				
Toilettenstuhl				
Toilettensitz				
Orthesen				
Prothesen				
Einlagen				
Korsett				
Sonstiges				

**Haben Sie Schmerzen?**

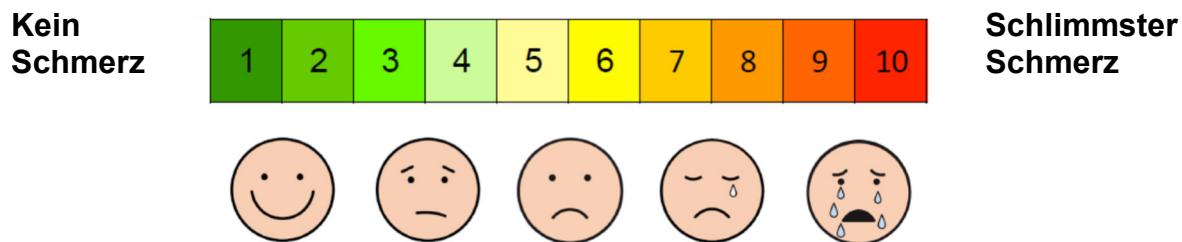
- Nein
- Ja, hier:

Bitte einzeichnen wo es weh tut.



**Wie stark sind die Schmerzen?**

Bitte kreuzen Sie an.



**Haben Sie den Fragebogen selber ausgefüllt?**

- Ja
- Nein

Herr /Frau \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, mit den Datenschutzinformationen gemäß Artikel 13 EU-DSGVO (EU-Datenschutzgrundverordnung) des Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB Aachen) einverstanden zu sein. Ich stimme der Speicherung meiner Anmelde- und Fragebögen zu. Ohne diese Zustimmung werden Ihre Daten **sofort vernichtet**.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in/Betreuer:in