

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

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	
Vermögensorge	
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?

- ☐ Nein
- ☐ Ja GdB _____ Merkzeichen:

B	G	aG	H	Gl	Bl	RF	1.Kl
---	---	----	---	----	----	----	------
- ☐ befristet ☐ 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, _____

Hilfsmittel zum Atmen	Welche?
Therapie mit Beatmungsgerät	
Sauerstoff	
Sonstige	

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

Welche Medikamente nehmen Sie?		
Was?	Wie viele?	Warum?

Wer ist Ihr Hausarzt:
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**.

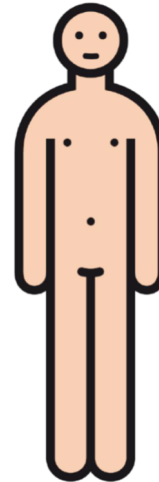
Was besitzen Sie?

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

Haben Sie Schmerzen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, hier:

Bitte einzeichnen wo es weh tut.

**Wie stark sind die Schmerzen?**

Bitte kreuzen Sie an.

**Kein
Schmerz**



**Schlimmster
Schmerz**

**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