

Dieser Fragebogen ist in einfacher Sprache geschrieben.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Senden Sie den Fragebogen per Post an uns. Wenn der Fragebogen bei uns ankommt erhalten Sie einen Termin. Dies kann einige Zeit dauern.

Bitte legen Sie zu dem Fragebogen diese Papiere:

- 1) Kopie Vollmacht gesetzliche Betreuung
- 2) Kopie Schwerbehindertenausweis
- 3) Vorbefunde von Ärzten und Krankenhäusern
- 4) Aktueller Medikamentenplan

Berichte aus der Uniklinik Aachen müssen Sie nicht mitschicken.

Wichtig: Bringen Sie zum Termin **Überweisung** und **Versichertenkarte** mit.

Postadresse: MZEB Uniklinik RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen
Fax: 0241 80 33 89 606
mzeb@ukaachen.de

Patient:in

Nachname _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Telefonnummer, Fax: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert

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?

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 in: _____

Warum kommen Sie ins MZEB?

Wie wohnen Sie?

- ☐ Elternhaus
- ☐ Eigene Wohnung ohne Betreuung
- ☐ Eigene Wohnung mit Betreuung (BeWo)
- ☐ Wohnstätte _____

Was arbeiten Sie?

- ☐ Schule: _____
- ☐ Allgemeiner Arbeitsmarkt
- ☐ Werkstatt: _____
- ☐ Rente
- ☐ Sonstiges _____

Wie groß sind Sie? _____

Wie viel wiegen Sie? _____

Rauchen Sie?

☐ Nein

☐ Ja

Trinken Sie Alkohol?

☐ Nein

☐ Ja

Konsumieren Sie Drogen?

☐ Nein

☐ Ja

Informationen zu Körperfunktionen

Können Sie laufen?

- ☐ Ja
- ☐ Ich kann _____ Meter alleine laufen
- ☐ Ich kann _____ Meter mit Rollator laufen
- ☐ Nein

Bestehen Probleme mit der Blase?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, _____

Haben Sie Probleme Ihren Darm zu entleeren?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, _____

Gibt es Probleme beim Essen?

- ☐ Nein
- ☐ Probleme beim Kauen
- ☐ Probleme beim Schlucken
- ☐ PEG seit _____

Haben Sie Probleme beim Atmen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, _____

Haben Sie Probleme mit:

der Sprache/ dem Sprechen

dem Hören

dem Sehen

Sonstiges

Welche Medikamente nehmen Sie?

Was?	Wie viele?

Zu welchen Ärzten gehen Sie?

	Name, Adresse
Neurologe	
Urologe	
Orthopäde	
Neurochirurg	

Hals-Nasen Ohrenarzt	
Augenarzt	
Gynäkologe	
Zahnarzt (Vorsorge)	
Hautarzt (Vorsorge)	
Schmerztherapie	
Psychiater	
Sonstige:	

Wurde ein Intelligenz-Test gemacht?

Welcher?	Wann?	Ergebnis:

Frühere und aktuelle Therapien:

	Name/ Adresse	Wie oft?
Psychotherapie		
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Sonstige:		

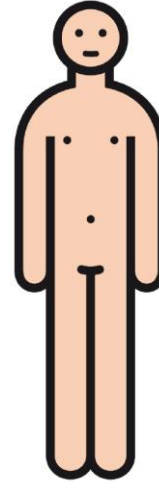
Bitte kreuzen Sie an welche Hilfsmittel Sie haben:

<i>Brille</i>	<i>Hörgerät</i>	<i>Rollator</i>	<i>Rollstuhl</i>	<i>E Rollstuhl</i>	<i>Orthesen</i>	<i>Prothesen</i>	<i>Korsett</i>

Haben Sie Schmerzen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, hier:

Bitte einzeichnen wo es weh tut.

**Wie stark sind die Schmerzen?**

Bitte kreuzen Sie an.

**Kein
Schmerz**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Schlimmster
Schmerz**

**Haben Sie den Fragebogen selber ausgefüllt?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein: ausgefüllt von: _____

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 / gesetzlicher Betreuer:in