

Anamnesebogen – Augustinus MZEB

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenversicherung: _____

Adresse

Straße: _____

PLZ: _____ Ort _____

Name der Wohngruppe: _____

Telefonnummer: _____

Fax Nr.: _____

E-Mail: _____

Besteht eine:

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

Vom Amtsgericht bestellte gesetzliche Betreuung ja nein

Auskunftspersonen

Gesetzlicher Betreuer

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort _____

Tel. Nr.: _____ Fax Nr.: _____

E-Mail: _____

Angehöriger

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort _____

Tel. Nr.: _____ Fax Nr.: _____

E-Mail: _____

Wer ist unterschriftsberechtigt?

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort _____

Tel. Nr.: _____ Fax Nr.: _____

E-Mail: _____

0 Hausarzt bzw. 0 überweisender Facharzt

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort** _____

Tel. Nr.: _____ **Fax Nr.:** _____

E-Mail: _____

Sind Allergien bekannt?

nein **ja, welche?**

Sind Infektionen bekannt

Hepatitis HIV Sonstige _____

Besiedlung mit multiresistenten Keimen (MRSA, 3 oder 4 MRGN, VRE)

ja, welche? _____

nein

Welche Grundbehinderung liegt vor?

Grad der Behinderung

Liegt ein Behindertenausweis vor?

ja, GdB _____ % ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

nein

Merkzeichen?

G

aG

H

BI

GI

TBI

Besteht eine Pflegegradeinstufung?

nein

ja, Pflegegrad _____

Aus welchem Grund erfolgt die Vorstellung im MZEB?

Welche Untersuchung bzw. Diagnostik wurde bisher durchgeführt? Wann und Wo?

Ist die Untersuchung des Patienten ohne Einschränkungen möglich, oder gibt es aufgrund der Behinderungen bestimmte Einschränkungen, oder lehnt der Patient bestimmte Untersuchungen ab?

Raucher: ja; wie viele Zigaretten täglich _____
 nein

Alkohol: ja; wie viel _____
 nein

Aktuelles Gewicht: _____ kg **Datum:** _____

Gab es in den letzten Zeit Gewichtsschwankungen?

ja wie viel (Zunahme/ Abnahme?), in welchem Zeitraum

Gab es dafür eine Ursache? ja; welche?

nein

Körpergröße: _____ cm

Wie oft erfolgt die Blasenentleerung ?

Wie oft erfolgt die Darmentleerung?

Wie erfolgt die Darmentleerung?

Spontan Orale Bedarfsmedikation Orale Dauermedikation

Klistiere Ausräumen

Welche Beeinträchtigungen ergeben sich durch die Grundbehinderung?

<p>Abführprobleme</p> <p><input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe</p> <p><input type="checkbox"/> Wechsel von Obstipation und Diarrhoe</p>	<p><input type="checkbox"/> Kontrakturen/Gelenkversteifung</p>
<p><input type="checkbox"/> Probleme bei der Blasenentleerung</p>	<p><input type="checkbox"/> Krampfanfälle</p>
<p><input type="checkbox"/> Schmerzen</p> <p>Wie stark sind die Beschwerden auf einer Skala von 1-10?</p> <p><input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Chronisch</p>	<p><input type="checkbox"/> Probleme mit der Atmung</p>
<p><input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten</p>	<p><input type="checkbox"/> Psychische/psychosoziale Probleme</p>
<p><input type="checkbox"/> Ess-/Ernährungsstörung</p>	<p><input type="checkbox"/> Sprach-/Sprechstörung</p>
<p><input type="checkbox"/> Fehlbildung Knochen/Gelenke</p>	<p><input type="checkbox"/> Veränderung der Muskulatur</p>
<p><input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Veränderung an der Wirbelsäule</p>
<p><input type="checkbox"/> Hautschädigungen/Druckstellen</p>	<p><input type="checkbox"/> Sehstörungen</p>
<p><input type="checkbox"/> Herzprobleme</p>	<p><input type="checkbox"/> Sensibilitätsdefizite/Lähmungen</p>
<p><input type="checkbox"/> Hörstörungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Schluckstörungen</p>
<p>Schlafstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Einschlafstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Fremdaggression</p> <p><input type="checkbox"/> Eigenaggression</p>
<p><input type="checkbox"/> Unruhe</p>	<p><input type="checkbox"/> Angststörungen</p>

Bitte beschreiben Sie hier Beeinträchtigungen, die oben nicht aufgeführt sind:

Welche weiteren Erkrankungen bestehen unabhängig von der Behinderung?

<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht

Weitere Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt sind:

Vorhandene Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Orthesen
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Schienenersorgung
<input type="checkbox"/> Elektrischer Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Spezielle Lagerung
<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Zahnprothese
<input type="checkbox"/> Gehhilfen	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Anus Praeter
<input type="checkbox"/> Schutzhosen	

Benötigen Sie Beratung zu weiteren Hilfsmitteln?

Ja; zu welchen? _____

Nein

Welche Erkrankungen sind in der Familie bekannt?

Wurden bisher Operationen durchgeführt?

Nein

Ja

Welche?	Wann?	Wo?

Welche Medikamente werden eingenommen?

Bezeichnung	Dosis	morgens	mittags	abends	nachts	Bei Bedarf

Sind spezielle Behandlungen erforderlich?

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Datum, Name/ Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!