

## Anamnesebogen des 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?**

0 Nein                      0 Ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sind Infektionen bekannt**

0 Hepatitis              0 HIV              0 Sonstige \_\_\_\_\_

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

0 Ja, welche? \_\_\_\_\_

0 nein

**Welche Grundbehinderung liegt vor?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Grad der Behinderung

### Liegt ein Behindertenausweis vor?

ja, GdB \_\_\_\_\_% ausgestellt am: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

nein

### Merkzeichen?

G

aG

H

Bl

G

RF

B

### Besteht eine Pflegegradeinstufung?

Nein

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: O ja wie viele Zigaretten täglich \_\_\_\_\_**  
**O nein**

**Alkohol: O ja wie viel \_\_\_\_\_ O nein**

**Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ KG Datum: \_\_\_\_\_**

**Gab es in den letzten Zeit Gewichtsschwankungen?**

**O ja wie viel, in welchem Zeitraum**

---

**Gab es dafür eine Ursache? O ja welche**

---

**O 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?

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

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

---



---



---



---



---



---

**Welche weiteren Erkrankungen bestehen unabhängig von der Behinderung?**

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

**Weitere Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt sind:**

---



---



---



---



---

**Auf welche Hilfsmittel sind Sie angewiesen?**

Rollstuhl	Orthesen
Rollator	Schienenversorgung
Elektrischer Rollstuhl	Spezielle Lagerung
Korsett	Brille
Hörgerät	Zahnprothese
Gehhilfen	Herzschrittmacher
Dauerkatheter	Anus Praeter
Schutzhosen	

**Benötigen Sie weitere Hilfsmittel?**

Ja, welche?

---

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?**

---



---



---



---



---



**Welche ärztlichen Fachdisziplinen sollten Ihrer Meinung nach an der Behandlung beteiligt sein?**

Orthopädie	Innere Medizin	Neurologie
Urologie	Gynäkologie	Psychiatrie
Dermatologie	Chirurgie	

**Welche nichtärztlichen Fachberatungen werden Ihrer Meinung nach benötigt?**

Darmmanagement	Ergotherapie	Kontinenzberatung
Krankenpflege	Orthopädietechnik	Sozialdienst
Ernährungsberatung	Physiotherapie	

**Benötigen Sie weitere Beratung in einem für Sie wichtigen Bereich?**

(zum Beispiel Arbeit, Kommunikation, Selbstversorgung, häusliches Leben)

---



---



---



---



---



---

**Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?**

---

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**