

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Angehörige und Betreuende,
herzlich willkommen im MZEB!

Damit wir Ihr Anliegen möglichst genau verstehen können, benötigen wir einige
Informationen von Ihnen. So ist gewährleistet, dass am Tag ihres Besuchs ein exakt
auf ihre Fragestellung zugeschnittenes Team für Sie bereit ist.

Wenn Sie einzelne Fragen nicht genau beantworten können, lassen Sie die Angaben
einfach weg. Wenn Sie bei der Beantwortung einer **Pflichtangabe (*)** keine Antwort
wissen, so bitten wir Sie darum, dies mit uns telefonisch vor Ihrem Besuch zu klären
(089-693825-511).

Alle Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich
behandelt und niemals an Dritte weitergegeben.

Wir bitten Sie, die beigegefügte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht dann
zu unterzeichnen, wenn wir weitere Befunde direkt einholen müssen, z.B. von Kliniken.
Diese Erklärung kann zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen
werden.

1. Persönliche Angaben

(ausgefüllt von*: Patient selbst gesetzlicher Betreuer/in, sonstige Person)

Name* Vorname*

Geburtsdatum* _____

Anschrift (Str., Hausnr.)*

PLZ*

Ort*

Telefon*

E-Mail*

Mobiltelefon

Pflegegrad vorhanden*: ja (welcher?): ____ nein beantragt

GdB (Grad der Behinderung)* (Wieviel Prozent?) ____

Merkzeichen*

G, aG, H, BL, GL, B, RF, I.KI

(bitte Kopie des Behindertenausweises beifügen)

Hilfebedarfsgruppe: ja, 1 2 3 4 nein

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

1.1 Angaben zur Krankenkasse*

Name der Krankenkasse*

Ort der Krankenkasse*

Versicherungsnr.*

Krankenkassennr.

Name Hauptversicherter*

Liegt für das aktuelle Kalenderjahr eine Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse vor? (Bitte Kopie senden oder zum Termin mitbringen) ja nein

Gesetzliche/r Betreuer/in:* gibt es eine gesetzliche Betreuung? nein,
ja: Mutter/ Vater/ sonstige (jeweils mit Anschrift und Telefonnummer)

1.2 Patientenverfügung vorhanden?* ja nein

1.3 Name/ Adresse des aktuell hauptsächlich behandelnden Arztes (z.B. Kinderarzt, Hausarzt), sowie weiterer wichtiger behandelnder Ärzte (z.B. Neurologe, Orthopäde), sowie bitte angeben, ob eine Anbindung an ein sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) besteht/ bestand*

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

2. Aktueller Vorstellungsgrund*

2.1 Formulieren Sie bitte hier Ihr Anliegen. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, dies medizinisch auszuformulieren, lassen Sie bitte Ihren bisher hauptsächlich behandelnden Arzt (z.B. Kinderarzt, Hausarzt) diese Zeilen ausfüllen, oder legen Sie ein gesondertes Blatt bei.

2.2 Diagnosen*

Angaben möglichst genau, mindestens eine Hauptdiagnose, besser mehrere (Haupt- und Neben-) Diagnosen. Die Diagnosen finden sich z.B. in Berichten von überweisenden Ärzten, Krankenhausaufenthalten etc. Wenn Sie eine Kodierung nach ICD-10 System vorfinden (z.B. Q80.1G, steht manchmal, aber nicht immer hinter den Diagnosen) diese bitte unbedingt mit angeben.

Haben Sie hierzu Fragen rufen Sie uns bitte an.

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

2.3 Arztberichte, Laboruntersuchungen etc.,

Bitte legen Sie alle für die aktuelle Fragestellung relevanten Berichte in Kopie bei.

Haben Sie z.B. einen ganzen Ordner zuhause, bitten wir Sie, die **wichtigsten**, aktuellen Befunde (2-3 DIN A 4 Seiten) **zusammen mit dem Fragebogen zurückzusenden** und den Ordner zum Termin mitzubringen.

Auf jeden Fall sollte eine Seite mit den aktuellen Diagnosen dabei sein.

Ich habe Arztberichte beigelegt.

Ich habe keine Arztberichte beigelegt, weil:

2.4 Bisherige und aktuelle Therapien (Therapieberichte bitte mitbringen)

Art der Therapie	Seit wann (falls bereits beendet, auch bis wann)	Wie häufig/Woche
Physiotherapie		
Logopädie		
Ergotherapie		
Schwimmtherapie:		
weitere:		
Sonstige:		
Psychotherapie:		

3. Zusätzliche Informationen:

3.1 Größe ____cm

Gewicht ____kg

3.2 Zur Zeit frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen* ja nein

Wenn nein: welche Krankheit/Keim, Kurzbeschreibung (z.B. MRSA in der Nase)

--

3.3 Hilfsmittel

Rollstuhl Rollator Orthesen Stehbrett Hörgerät Brille sonstige

--

3.4 Ventil oder Shunt

ja

nein

3.5 Epilepsie oder andere Anfallsformen:

ja

nein, wenn andere Formen welche?

Wenn ja: Anfallsbeschreibung, Häufigkeit/ Dauer

--

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

3.6 Diabetes mellitus ja nein

Wenn ja: Typ 1/2/ andere Typen, keine Medikamente/ Tabletten/ Insulin

3.7 Besteht eine Störung der Blasenentleerung? nein ja, versorgt mit:

Blasenkatheter/ Stoma, Größe CH/F: ____

Inkontinenzversorgung („Windel“)

sonstige (Pouch, Conduit, etc., bitte angeben):

3.8 Besteht eine Störung der Darmentleerung? nein ja, versorgt mit:

spontan, unwillkürlich

Inkontinenzversorgung („Windel“)

Ausräumen

Einläufe

Abführmittel

andere Technik (bitte nennen/beschreiben):

3.9 Besondere Kostformen, Ernährungsarten? nein ja und zwar:

seit wann, System (z.B. PEG), Sondennahrung/ Flüssigkeit, am besten mit beigefügtem Plan Menge/ Zeitpunkt etc.

3.10 Allergien, Unverträglichkeiten nein ja, folgende:

Wenn ja: Allergieausweis wenn vorhanden mitbringen, Kurzbeschreibung (z.B. Symptome)

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

4. Besondere Angaben/ Klassifikationen*

Hier fragen wir spezifische Fähigkeiten i.S. eines Assessments ab. Diese Angaben helfen uns, den Hilfebedarf genau einzuschätzen.

Hierbei gilt für 4.1 bis 4.5 immer: muss **nicht** ausgefüllt werden, wenn in dem betreffenden Bereich keine Einschränkungen vorliegen!

4.1 allgemeine Angaben zur Einschränkung der motorischen Funktion* (analog der GMFCS-Skala, welche für die Altersstufen 12-18 Jahre gilt)

Bitte aus den nachfolgenden fünf Beschreibungen A-E die auswählen, die **am meisten zutrifft!**

A

Ich habe Schwierigkeiten, selbständig zu sitzen und, egal in welcher Ausgangslage, meine Kopf- und Körperhaltung zu kontrollieren

und

habe Schwierigkeiten, meine Kopf- und Körperhaltung zu kontrollieren

und

brauche eine speziell angepasste Sitzhilfe für ein bequemes Sitzen und muss überall hin geschoben werden

und

muss von einer anderen Person oder mit einem Hilfsmittel hochgehoben oder hochgezogen werden, um von A nach B zu kommen

B

Ich kann selbständig sitzen, aber ohne tatkräftige Unterstützung nicht gehen oder stehen

und

bin deshalb draußen immer auf den Rollstuhl angewiesen

und

kann mich mithilfe eines Elektrorollstuhls selbständig fortbewegen

und

kann kurze Strecken innerhalb des Hauses krabbelnd oder rollend bewältigen

C

Ich kann selbständig stehen und kann nur mit einer Gehhilfe (z.B. Posterior-Walker, Rollator, Unterarmgehstützen, Gehstöcken) gehen

und

ich habe Schwierigkeiten, ohne Unterstützung Treppen zu steigen oder auf unebenem Untergrund zu gehen

und

benutze eine Auswahl von Hilfsmitteln, je nach Gegebenheit, um mich fortzubewegen

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

und

bevorzuge einen Rollstuhl, um schneller vorwärts zu kommen oder für längere Strecken

D

- Ich kann ohne Gehhilfen frei gehen, muss mich aber beim Treppensteigen und -herabgehen am Geländer halten

und

lege deshalb die meisten Strecken gehend zurück

und

habe Schwierigkeiten, auf unebenem Untergrund, in abfallendem Gelände oder in einer Menschenansammlung zu gehen

und

bevorzuge gelegentlich eine Gehhilfe (z.B. Gehstock oder Unterarmgehstütze) oder einen Rollstuhl, um schneller vorwärts zu kommen oder wenn längere Strecken zurückzulegen sind

E

- Ich kann ohne Gehhilfen frei gehen und kann, ohne mich am Geländer zu halten, eine Treppe hoch- und runtergehen

und

gehe wohin ich möchte, unabhängig von den äußeren Umständen (auch bei unebenem Untergrund, abfallendem Gelände oder in Menschenansammlungen)

und

kann rennen und springen, wenn auch mit gewissen Einschränkungen bei meiner Schnelligkeit, beim Halten des Gleichgewichts und in der Koordination meiner Bewegungen

4.2 Klassifikation der Ess- und Trinkfähigkeit (analog zu EDACS)

- a) Ist Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme möglich ohne Aspirationsrisiko (d.h. Risiko des Verschluckens und anschließendes Einatmen der Flüssigkeit/Nahrung in die Lunge)?

Ja Nein wenn „nein“, weiter mit 4.2 d)

- b) Wenn ja: Ist es möglich, ohne Risiko eines Erstickenanfalles harte Nahrungstücke abzubeißen und zu kauen?

Ja Nein wenn nein weiter mit Frage 4.3 „Schmerzen“

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

c) Wenn ja: ist die Nahrungsaufnahme besonders langsam im Vergleich mit anderen?

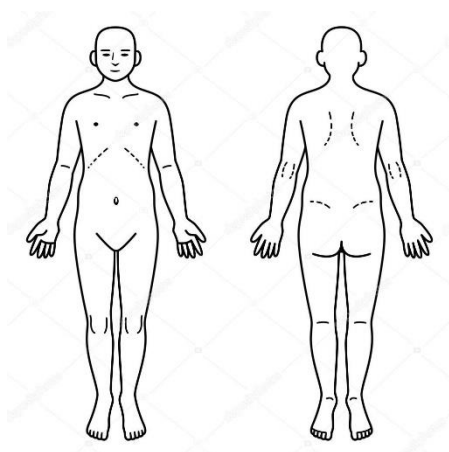
Ja Nein

Wenn nein bei Frage a)

d) Kann das Aspirationsrisiko reduziert werden, um Gesundheitsschäden zu verhindern?

Ja Nein

4.3 Schmerzen



4.3.1 Bitte die Stellen vorne/hinten ankreuzen, an denen Schmerzen bestehen

https://st2.depositphotos.com/6723736/10981/v/950/depositphotos_109819876-stock-illustration-human-body-front-and-back.jpg

4.3.2 Wie oft bestanden die Schmerzen in der letzten Zeit?

Täglich mehrmals die Woche ca. 1x/Woche
 mehrmals im Monat ca. 1x im Monat seltener

4.3.3 Die Schmerzen sind:

drückend beengend pochend pressend ziehend
 stechend brennend

(bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

4.3.4 Treten die Schmerzen zu einer bestimmten Tageszeit auf oder in Zusammenhang mit einer bestimmten Tätigkeit?

Wenn ja: wann und bei welcher Tätigkeit?







4.3.5 Sind Sie schon einmal nachts wegen der Schmerzen aufgewacht?

Ja nein







Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

4.3.6 Jetzt geht es um die Schmerzen der letzten 7 Tage.

Wie stark waren die stärksten Schmerzen? (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Kein Schmerz		stärkster vorstellbarer Schmerz								
										

Wie stark waren die Schmerzen meistens? (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Kein Schmerz		stärkster vorstellbarer Schmerz								
										

sind Sie nach dem Schmerz (bitte zutreffendes ankreuzen)

fit müde erschöpft

4.4 Klassifikation der manuellen Fähigkeiten (analog zu MACS)

Bitte betreffende Stufe ankreuzen

Stufe 1:

Geht mühelos und erfolgreich mit Gegenständen um. Allenfalls ist die Leichtigkeit der Ausführung bei manuellen Aufgaben, die Schnelligkeit und Genauigkeit erfordern, eingeschränkt. Bestehende Einschränkungen manuelle Fähigkeiten wirken sich jedoch nicht auf die Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten aus.

Stufe 2:

Geht mit den meisten Gegenständen um, jedoch mit leicht eingeschränkter Qualität und/oder Geschwindigkeit der Ausführung. Manche Aktivitäten werden eventuell vermieden oder nur mit etwas Schwierigkeiten ausgeführt; alternative Wege könnten bei der Ausführung eingesetzt werden, aber die manuellen Fähigkeiten schränken die Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten meistens nicht ein.

Stufe 3:

Geht mit Schwierigkeiten mit Gegenständen um; braucht Hilfe, um Aktivitäten vorzubereiten und/oder abzuwandeln. Die Ausführung ist langsam und wird mit eingeschränktem Erfolg bezüglich Qualität und

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

Quantität erreicht. Aktivitäten werden selbständig ausgeführt, wenn sie vorbereitet oder adaptiert wurden.

Stufe 4:

Geht mit einer begrenzten Auswahl von leicht handhabbaren Gegenständen in angepassten Situationen um. Führt Teile von Aktivitäten mit Mühe und begrenztem Erfolg aus. Braucht durchgehend Unterstützung und Hilfe und/oder Hilfsmittel, selbst um eine Aktivität nur teilweise zustande zu bringen.

Stufe 5:

Geht nicht mit Gegenständen um und ist erheblich in seinen Fähigkeiten eingeschränkt, selbst bei der Ausführung einfachster Aktionen. Ist vollständig auf Hilfestellung angewiesen.

4.5 Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index)

Jeweils ankreuzen

4.5.1 Essen/Trinken

- nicht möglich (z.B. PEG) nur mit Unterstützung möglich
 selbständig möglich

4.5.2 Transfer Rollstuhl-Bett

- nicht möglich (z.B. nicht sitzfähig)
 nur mit Unterstützung möglich selbständig möglich

4.5.3 Persönliche Pflege (Gesichtswaschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)

- nur mit Unterstützung möglich selbständig möglich

4.5.4 Benutzung der Toilette (An-Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)

- nicht möglich nur mit Unterstützung möglich
 selbständig möglich

4.5.5 Baden/Duschen

- nur mit Unterstützung möglich selbständig möglich

4.5.6 Gehen auf ebenem Untergrund

- nicht möglich nicht möglich, aber
selbständig im Rollstuhl
 nur mit Unterstützung möglich selbständig möglich

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

4.5.7 Treppen auf- und absteigen

nicht möglich

nur mit Unterstützung möglich

selbständig möglich

4.5.8 An-/Ausziehen

nicht möglich

nur mit Unterstützung möglich

selbständig möglich

4.5.9 Stuhlgangkontrolle

nicht möglich

mit Unterstützung möglich

(z.B. Setzen auf Toilettenstuhl)

selbständig möglich

4.5.10 Urinkontrolle

nicht möglich

nur mit Unterstützung möglich

selbständig möglich

4.6 motorische und kognitive Fähigkeiten (FIM-Index)

jeweils Punktezahl von 1-7 vergeben

1 = totale Hilfestellung

2 = ausgeprägte Hilfestellung

3 = mäßige Hilfestellung

4 = Kontakthilfe

5 = Supervision oder Vorbereitung durch Helfer

6 = eingeschränkte Selbständigkeit, aber keine Hilfsperson erforderlich
(z.B. Sicherheitsbedenken)

7 = völlige Selbständigkeit

4.6.1 Selbstversorgung (Punkte siehe 4.6 eintragen)

Essen/Trinken _____

Körperpflege _____

Baden/Duschen/Waschen _____

Ankleiden oben _____

Ankleiden unten _____

Intimhygiene _____

4.6.2 Kontinenz

Blasenkontrolle _____

Darmkontrolle _____

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

4.6.3 Transfers

Bett/Stuhl/Rollstuhl _____
Toilettensitz _____
Dusche/Badewanne _____

4.6.4 Fortbewegung

Gehen/Rollstuhl _____
Treppensteigen _____

4.6.5 Kommunikation

Verstehen _____
Ausdruck (sich verständlich machen) _____

4.6.6 Soziales

Soziales Verhalten _____
Problemlösungsfähigkeit _____
Gedächtnisleistung _____



Ort, Datum

Unterschrift Patienten bzw. Betreuer/in

Hiermit bestätige ich, dass ich die Information zum Datenschutz erhalten und gelesen habe.



Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. Betreuer/in