



MZEB 13.2.25/GRU/DO-M-04



varisano

Klinikum Frankfurt Höchst

varisano Klinikum Frankfurt Höchst
Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main

Inklusives Zentrum
SPZ, ATZ, MZEB

**Medizinisches Zentrum für
Erwachsene mit Behinderung
(MZEB)**

Leitung
Dr. rer. nat. N. Conradi
Dr. med. A. Noda
mzeb@varisano.de
T +49 69 3106 3682

Fragebogen MZEB Frankfurt Höchst

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Betreuerinnen und Betreuer,
herzlich willkommen in unserem MZEB!

Sie möchten sich zur Untersuchung, Aufnahme und evtl. Betreuung in unserem MZEB
anmelden. Die folgenden Felder müssen bitte **vollständig** ausgefüllt werden, damit wir die
Anmeldung bearbeiten können.

Angaben Patient/in	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Aktuelle Adresse:	
Name der Krankenkasse:	
Versicherungsnummer:	
Zuzahlungsbefreit:	☐ Ja ☐ Nein
Grad der Behinderung:	
Ausweis vom:	gültig bis:
Merkzeichen:	☐ G ☐ aG ☐ H ☐ BI ☐ GI ☐ RF ☐ B ☐ TBI
Pflegegrad:	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ <u>kein</u> Pflegegrad
Waren Sie früher in einem SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum)?	
☐ SPZ Betreuung in: letzte Vorstellung:	
☐ <u>keine</u> SPZ-Betreuung	
Seit wann besteht die Beeinträchtigung?	
☐ seit der Geburt ☐ seit dem Alter:	
Ursache der Beeinträchtigung	
☐ Genetisches Syndrom:	
☐ andere Ursache: ☐ Ursache ist unklar	

Humangenetische Untersuchung

O im Jahr:

O noch nie erfolgt**Diagnosen/Art der Beeinträchtigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- O Intelligenzminderung O leicht O mittel O schwer
O IQ-Untersuchung im Jahr: Ergebnis/Gesamt-IQ:
O Verhaltensauffälligkeiten O Fremdaggression O Eigenaggression
O Psychiatrische Erkrankung:
(z.B. Depression, Angsterkrankung, Zwangsstörung, Persönlichkeitsstörung, Demenz)
O Autismus-Spektrum-Störung
O Epilepsie O Anfälle treten weiterhin auf, letzter Anfall:
O anfallsfrei seit:
O Zerebralparese
O Spastik O ohne Kontrakturen
O mit Kontrakturen
O laufende Botulinumtoxin Therapie, zuletzt:
O laufende Baclofenpumpe, Befüllungsintervall:
O Skoliose
O Hörbehinderung O Hörgeräte vorhanden
O Sehbehinderung O Brille vorhanden
O Schluckstörung

Begleiterkrankungen

- O Allergien:
O Herzerkrankung (z.B. Bluthochdruck):
O Atemwegserkrankung:
O Tracheostoma O Sauerstoffpflicht
O Magen-Darm-Erkrankung:
O PEG-Sonde
O Urininkontinenz O Stuhlinkontinenz O Dauerkatheter/Suprapubischer Katheter
O Nieren/Harnblasenerkrankung:
O Neurologische Erkrankung:
(z.B. Muskelatrophie, Polyneuropathie, Schlaganfall, Parkinson, Migräne, Myasthenie gravis)
O Diabetes Mellitus:
O Schilddrüsenerkrankung:
O Osteoporose
O andere:

Operationen (Jahr, Klinik)

Aktuelle Medikation (Sollten Sie mehr als 4 Medikamente einnehmen -> Bitte Plan beilegen)						
Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Fortbewegung

☐ Freies Gehen selbstständig möglich über ca. _____ Meter

☐ Gehen nur mit Hilfsmittel möglich: ☐ Rollator ☐ Person zum Festhalten ☐ Gehstock

☐ Rollstuhl: ☐ kann selbst bedient werden ☐ Bedienung wird übernommen

☐ Transfer ins Sitzen/Liegen alleine ☐ Transfer nur mit Hilfe möglich

Kommunikation

Sprachverständnis: ☐ vorhanden ☐ eingeschränkt ☐ nicht vorhanden

☐ Lautsprache: ☐ fließend ☐ Zwei- bis Drei-Wort-Sätze ☐ einzelne Wörter

☐ Keine Lautsprache: ☐ Lautieren ☐ Körpersprache, Mimik, Gestik

Welche Formen der Unterstützten Kommunikation wurden bisher eingesetzt?

☐ Grafische Symbole (Bildkarten, Symboltafeln, Ich-Bücher, Ablaufpläne)

☐ Gebärden ☐ technische Hilfsmittel (Talker, Tablet) ☐ andere:

Hausarzt/Hausärztin (bitte nur Name und Stadt angeben)

Name:

Regelmäßige fachärztliche Versorgung

☐ Neurologisch:

☐ Psychiatrisch:

☐ Orthopädisch:

☐ Zahnärztlich:

☐ Gynäkologisch:

☐ weitere:

Falls folgende Diagnostik durchgeführt wurde, geben Sie bitte grob den Zeitpunkt an:

☐ Blutentnahme: ☐ EKG (Herz):

☐ EEG (Hirnstrommessung): ☐ MRT oder CT vom Kopf:

Therapien

Physiotherapie ☐ aktuell ☐ früher ☐ noch nie

Ergotherapie ☐ aktuell ☐ früher ☐ noch nie

Logopädie ☐ aktuell ☐ früher ☐ noch nie

Weitere:

Hilfsmittel

Wohnsituation		
☐ mit der Familie	☐ Wohneinrichtung, seit:	☐ andere:
Schule		
☐ Schule mit Förderschwerpunkt:	☐ andere Schulform:	
Abschlussjahr:		
Aktuelle Tätigkeit		
☐ Tagesförderstätte	☐ Werkstatt	☐ andere:

Gesetzliche Betreuung
☐ Eltern/-teil ☐ Berufsbetreuung ☐ andere:
☐ <u>Keine</u> gesetzliche Betreuung
Name:
Telefon/Handy:
E-Mail:
Welche Herausforderungen stehen aktuell im Vordergrund? Gibt es ein besonderes Anliegen oder eine Fragestellung an das MZEB?

Zusätzlich zu diesem Fragebogen benötigen wir

- den letzten aktuellen Arztbrief, sowie relevante Arztbriefe
- den aktuellen Medikamentenplan
- bei Epilepsiemedikamenten eine Liste aller bisher eingenommenen Präparate

Am Tag der Erstvorstellung bitte mitbringen

- sämtliche vorhandenen Vorbefunde (z.B. CT, MRT, Labor, genetische Testungen) und Arztbriefe (aus der frühen Kindheit)
- Überweisung für jedes neue Quartal vom Hausarzt oder Facharzt
- Falls vorhanden, Ergebnisse von psychologischen Untersuchungen (z.B. Intelligenz-Diagnostik, Untersuchung zum Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung)

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:☐ Patient/in☐ andere:

Ort, Datum, Unterschrift

Nicht vollständig ausgefüllte Fragebögen werden nicht bearbeitet und zurückgeschickt.