

FRAGEBOGEN

Anmeldung im MZEB Halle



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

Name, Vorname männlich weiblich

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara

Medizinisches Zentrum für
Erwachsene mit Behinderung
Barbarastraße 4
06110 Halle/S.

Geburtsdatum Telefonnummer

OÄ G. Anders
Tel. 0345 213 - 58 50

PLZ, Wohnort, Straße

Krankenversicherung: _____

Bezugsperson, die Auskunft geben kann (z.B. Angehöriger, gesetzlicher Betreuer):

Name: _____ Telefonnummer: _____

Wie wohnen Sie?

- Eigene Wohnung mit ambulanter Betreuung Eigene Wohnung ohne Betreuung
 Wohnheim Bei Eltern
 Wohngruppe/Wohngemeinschaft: ambulant betreut oder stationär betreut

Andere Wohnform: _____

Was machen Sie tagsüber?

Schule: _____ Werkstatt für behinderte Menschen: _____

Betrieb: _____ Arbeitslos Krank

Tagesstrukturierende Maßnahme (Tagesfördergruppe): _____

Integrationsfachdienst involviert: _____

Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Name des gesetzlichen Betreuers: _____ Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Betreuungsbereiche (bitte ankreuzen):

- Gesundheitsfürsorge Vertretung vor Behörden/Einrichtungen Aufenthaltsbestimmung
 Vermögenssorge Wohnungsangelegenheiten Postangelegenheiten

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja: _____ % Grad der Behinderung, Merkzeichen: G aG H Bl Gl gültig bis: _____

Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?

Nein Ja, Pflegegrad 1 2 3 4 5

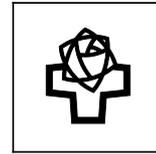
Größe: _____ Gewicht: _____

Bestehen Unverträglichkeiten/Allergien?

Nein Ja, und zwar _____

FRAGEBOGEN

Anmeldung im MZEB Halle



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

Weshalb möchten Sie zu uns ins MZEB kommen?

Tut Ihnen etwas weh? Bedrückt Sie etwas? Gibt es andere Gründe, weshalb Sie zu uns kommen möchten?

Seit wann bestehen die Probleme? _____

Bei welchen Ärzten/Therapeuten waren Sie wegen dieser Probleme schon?

Welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen sind noch bekannt?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Schluckstörung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Übergewicht | |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> ESBL | <input type="checkbox"/> VRE |
| | | <input type="checkbox"/> anderer Erreger |

Liegt eine Sehbehinderung vor? _____

Liegt eine Hörbehinderung vor? _____

Wie verständigen Sie sich?

- Sprechen Gebärden Gesten
- mit Hilfsmittel: _____ sonstiges: _____

Wie sind Sie mobil?

- gehfähig ohne Hilfsmittel
- mit Hilfsmitteln: _____

Nutzen Sie noch andere Hilfsmittel? _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Bitte legen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei!

Bitte schicken Sie uns zusammen mit dem Fragebogen Kopien von Vorbefunden (Berichte von Ärzten oder Krankenhausaufenthalten) und einen aktuellen Medikamentenplan zu.

Unsere Postadresse lautet: Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, MZEB, PF 200254, 06003 Halle

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir freuen uns auf Sie!
Ihr MZEB-Team

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des MZEB sich weitere Informationen von meinen vorbehandelnden Ärzten des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara einholen.

- Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, über geplante Veranstaltungen des MZEB informiert zu werden.

- Ja Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter