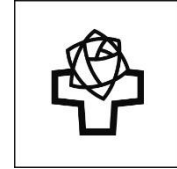


FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM MZEB HALLE



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

Name, Vorname männlich weiblich

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara

Geburtsdatum Telefonnummer

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

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 BI GI 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

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?

- Diabetes
- Bluthochdruck
- Untergewicht
- Atemwegserkrankung
- Übergewicht
- Epilepsie
- Schluckstörung

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?

Medikament	Dosis (z.B. 500mg)	morgens	mittags	abends	nachts

Bitte schicken Sie uns zusammen mit dem Fragebogen Kopien von Vorgefunden (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 schon weitere Informationen von meinen vorbehandelnden Ärzten des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara (SPZ oder Bereich Neuropädiatrie) einholen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter