

Stiftung kreuznacher diakonie
MZEB – Medizinisches Zentrum
für Erwachsene mit Behinderung
Ltg. Fr. Andrea Regentrop

FRAGEBOGEN

zur Vorlage im MZEB Skd

Sehr geehrte Patient*innen,

bevor wir Ihnen einen Beratungs-/Untersuchungstermin im MZEB anbieten können, benötigen wir zunächst einige Informationen von Ihnen.

- ➔ **Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen möglichst genau und senden ihn ausgefüllt an obige Adresse.**

Patient*innen-Informationen

Nachname:		Vorname:	
Geb. -Datum:		Geb. -Ort:	
Straße:		Wohnort:	
Telefon Festnetz:	Fax-Nr.:	Telefon mobil:	
Krankenversicherung:		Staatsangehörigkeit:	

Wer ist Ihr Hausarzt? Name: Adresse:	Wer ist der Überweiser? (bitte angeben, falls abweichend vom Hausarzt) Name: Adresse:
---	---

Für welche Probleme suchen Sie bei uns aktuell Hilfe? Grund, Anlass der Vorstellung?

(bitte verwenden Sie ggfs. ein gesondertes Blatt)



--

Erkrankungen / Diagnosen / Beeinträchtigungen

Welche Erkrankungen / Diagnosen / Beeinträchtigungen sind bei Ihnen bekannt?	Seit wann?

Sozialmedizinische Informationen

<p>Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>GdB (Grad der Behinderung):</p> <p>Merkzeichen:</p> </div>	<p>Liegt ein gültiger Behindertenausweis vor? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Liegt ein Pflegegrad vor? Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5							
<p>Besteht ein gesetzliches Betreuungsverhältnis? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn „Ja“: Name:</p> <p>Anschrift:</p>	<p>Wohnform</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ankreuzen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eigene Wohnung</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Elternhaus</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Betreutes Wohnen/Besondere Wohnform → Welche Einrichtung?</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		ankreuzen	Eigene Wohnung		Elternhaus		Betreutes Wohnen/Besondere Wohnform → Welche Einrichtung?			
	ankreuzen										
Eigene Wohnung											
Elternhaus											
Betreutes Wohnen/Besondere Wohnform → Welche Einrichtung?											



--	--	--

Liegen Befunde zur Bestimmung der kognitiven Fähigkeiten/Intelligenzdiagnostik vor?

Verfahren/Test/Art der Untersuchung	Wann durchgeführt

Liegt bei Ihnen eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen/Problemkeimen vor?

<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nicht getestet <input type="checkbox"/></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> MRSA</p> <p><input type="checkbox"/> ESBL</p> <p><input type="checkbox"/> GRE</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p>
---	---

Waren Sie bereits in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem MZEB in Behandlung?

Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wann: _____
--------------------------------------	------------------------------------	--------------------

Bei welchen Ärzten/medizinischen Einrichtungen/Therapeuten befinden Sie sich wegen der genannten Problematiken bereits in Behandlung? Werden/wurden bereits diagnostische/therapeutische Verfahren durchgeführt?

Fachgebiet	Name und Adresse
Allgemeinmedizin/Hausarzt	
Neurologie	
Urologie	
Innere Medizin	
Neurochirurgie	
Orthopädie	
Psychiatrie	
HNO	
Augenheilkunde	
Gynäkologie	
Zahnheilkunde	
Dermatologie	
sonstige	



Bisherige und aktuelle Therapien

Art der Therapie	Seit wann	Frequenz (Häufigkeit pro Woche)
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Soziotherapie		
Psychotherapie		
Sonstige		

Krankenhausbehandlungen, Operationen und radiologische Untersuchungen (insbes. der letzten 5 Jahre)

► Bitte fügen Sie, falls möglich, Arzt- und Krankenhausberichte der genannten Behandlungen, Operationen und Diagnostiken bei!

Krankenhausaufenthalte		Operationen		Röntgenuntersuchung	
Datum/von-bis	Grund	Datum	Grund	Datum	Körperteil

Hilfsmittel

Art des Hilfsmittels	Seit wann	Versorger (Sanitätshaus, Orthopädietechnik,...)

Einnahme von Medikamenten

Medikament/Name	Grund der Einnahme	Dosierung




Allergien/Unverträglichkeiten (z.B. Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, ...)

Familien-Anamnese/Vorgeschichte

Defizite in der Grund- und Regelversorgung (Nehmen Sie Defizite in der Grund- und Regelversorgung wahr? Bitte kreuzen Sie zutreffendes zu.)

Gibt es/gab es gleiche oder ähnliche Erkrankungen, wie sie bei Ihnen vorliegen, in Ihrer Familie?	Erkrankung	Bei wem?

Nein  Ja


Unzureichende Heilmittelversorgung	Begründung:
Unzureichende Hilfsmittelversorgung	Begründung
Unzureichende Hilfsmittelversorgung	Begründung
Lücken in der fachärztlichen Versorgung	Begründung



Sonstige Erkrankungen in Ihrer Familie

Erkrankung/Problematik	evtl. Beschreibung	Bei wem?
Epilepsie (Anfallsleiden)		
Spastische oder andere Lähmungen		
Muskelerkrankungen		
Allergien		
Fehlbildungen		
Bewegungsstörungen		
Seelische Erkrankungen		
Geistige Behinderung		
sonstiges		

Gab es Besonderheiten während Ihrer Geburt und/oder in der Zeit danach?

Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche? 
---	-----------------------------	--

Informationen zu aktuellen Körper- und Organfunktionen Harnwege (Niere und Blase)

Besteht eine Störung der Blasenentleerung? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<u>Aktuelle Probleme</u> (z.B. Infekte, Inkontinenz,...): Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Welche? _____	Art der Entleerung (bitte ankreuzen)			
		Spontan	<input type="checkbox"/>	Pouch	<input type="checkbox"/>
		Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Augmentation	<input type="checkbox"/>
		Einmalkatheter	<input type="checkbox"/>	Conduit (Bauchbeutel)	<input type="checkbox"/>
		Nachtkatheter	<input type="checkbox"/>	Künstl. Schließmuskel	<input type="checkbox"/>

Darm

Besteht eine Störung der Darmentleerung? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<u>Aktuelle Probleme</u> (z.B. Verstopfung, Durchfälle, Inkontinenz,...): Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Welche? _____	Art der Entleerung (bitte ankreuzen)			
		Spontan gezielt	<input type="checkbox"/>	Spontan unwillkürlich	<input type="checkbox"/>
		Ausräumen	<input type="checkbox"/>	Klyisma, Gleitmittel	<input type="checkbox"/>
		Darmspülung	<input type="checkbox"/>	Bauchstoma (Mace)	<input type="checkbox"/>
		Abführmittel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>


Nahrungsaufnahme

Normal (selbständiges Essen, Kauen, Schlucken nicht speziell zubereiteter Kost)				
Probleme beim Kauen				
Probleme beim Schlucken (Verschlucken, Notwendigkeit z.B. pürierter/passierter Kost)				
PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie)	nein	ja	wenn ja, seit wann	

Mobilität / Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittel zur Mobilität	Vorhanden		Alter des Hilfsmittels
	ja	nein	
Keine (freies Gehen möglich)			
Spezielle Schuhe (z.B. orthopädische Schuhe, ...)			
Orthesen			
Gehstützen (Unterarmgehstützen, Gehstock,...)			
Rollator			
Rollstuhl ohne Antriebshilfe			
Rollstuhl mit elektrischer Antriebshilfe (e-motion, e-fix, ...)			
Sonstige			

Atmung

Liegt bei Ihnen eine Störung der Atmung vor?	Welche?		
Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ja			
Hilfsmittel für die Atmung	Vorhanden		Alter des Hilfsmittels
	ja	nein	
Therapie mit Beatmungsgerät			
Sauerstoffgabe			
Sonstiges			

Kommunikation

Störung der Kommunikation	Vorhanden		Welche
	ja	nein	
Sprechstörung (Dysarthrie, Dyslalie,...)			



Sprachstörung (Aphasie, Dysphasie, ...)			
Hörstörung			
Sehstörung			
Sonstige			
Hilfsmittel / Medien zur Unterstützten Kommunikation		Wird aktuell benutzt	Wird nicht (mehr) benutzt



➔ **Bitte fügen Sie, falls möglich, die Arzt- und Krankenhausberichte der durchgeführten Behandlungen und Diagnostik der letzten 5 Jahre bei!**

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- Patient/in
 Anderen: wer? _____

Datum, Ort, Unterschrift

Bitte fügen Sie (falls noch nicht schon mit dem kleinen Fragebogen geschehen)den Schwerbehindertenausweis in Kopie bei!

Allgemeine Informationen und Voraussetzungen der Inanspruchnahme eines MZEB

Zielgruppe

Die Zielgruppen von MZEB sind Erwachsene mit **geistiger** oder **schwerer Mehrfachbehinderung, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind** (gemäß § 119c Abs. 2 SGB V).

- ✘ Damit sind Personen ausgeschlossen, deren Behandlungsbedarf von Angeboten der Regelversorgung und von anderweitigen Spezialangeboten adäquat gedeckt werden kann.

Voraussetzungen der Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme von MZEB ist nur erforderlich, soweit und solange die ausreichende medizinische Versorgung dieser Patient*innen infolge der Notwendigkeit besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Untersuchungs- und Behandlungssettings, Fachkenntnisse, Handlungskompetenzen wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behinderung durch niedergelassene Ärzt*innen bzw. im medizinischen Regelversorgungssystem nicht sichergestellt ist.



- ✓ **Vollendetes 18. Lebensjahr**; bei Überweisung durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) bereits im Verlauf des 18. Lebensjahres (Transition)
- ✓ **Schwerbehindertenausweis** mit einem **GdB** (Grad der Behinderung) von **mindestens 70** sowie einem
- ✓ **Merkzeichen**
- ✓ Eine der folgenden **Diagnosen** (ICD-10) aufweisen:
 - ➔ F07; F70.1; F72; F72; F73; F78; F80; F84; G80.; Q00-07; R90-99; R47

Überweisungskontext

- ✓ Die Behandlung in einem MZEB erfolgt in der Regel auf **Überweisung** eines **Vertragsarztes** (Hausarzt oder Facharzt Neurologie/Orthopädie) oder auf Empfehlung eines **vorbehandelnden SPZ** am Übergang von dessen Alterszuständigkeit.

Wichtiger Hinweis

Sollten Sie oder Ihre Betreuten die obengenannten Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllen, so besteht für Sie die Möglichkeit eines Vorstellungstermins im **Rehamedizinischen Dienst (RMD)** der Rehabilitationsfachdienste im Geschäftsfeld Leben mit Behinderung der Stiftung kreuznacher diakonie.

- ✓ **Auch hierfür benötigen Sie eine Überweisung zu einem Facharzt für Orthopädie oder Neurologie**

So erreichen Sie uns:

Rehamedizinischer Dienst RMD

Leitende Ärztin Frau Andrea Regentrop
Waldemarstraße 24
55543 Bad Kreuznach
0671 605 3611 (Sekretariat)
E-Mail doc-handicap@kreuznacherdiakonie.de

