

Anfragen am MZEB Tübingen (Erstvorstellung)

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Name		
Vorname		
Geburtsdatum (T/M/J)		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Adresse		
Telefon		
E-Mail		
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Haus- oder Facharztes		

Organisatorisches		
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich, Name der Kasse:	<input type="checkbox"/> privat
Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 70%	
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> GI	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	
Unterbringung	<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege (z.B. in der Familie) <input type="checkbox"/> ambulante Pflege-WG / betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> vollstationär (z.B. Heim) <input type="checkbox"/> sonstiges:	
Ggf. Name und Kontaktdaten der Wohneinrichtung		
Anlagen:	<input type="checkbox"/> Behindertenausweis in Kopie <input type="checkbox"/> Vollmacht in Kopie (z.B. Betreuungsvollmacht) <input type="checkbox"/> Vorbefunde in Kopie (z.B. Genetische Befunde, Arztbriefe, Laborbefunde) <input type="checkbox"/> Bildgebung auf CD (erhalten Sie zurück) <input type="checkbox"/>	

Allgemeine Informationen

In welcher Beziehung stehen Sie zum Patienten?

- Ich bin selbst der Patient
 Ich bin nicht der Patient, sondern:
 Vollmacht liegt vor (bitte in Kopie beilegen)

Von wem geht die Initiative für die Vorstellung am MZEB aus?

- Hausarzt Facharzt Patient Angehörige/ Freunde Sonstiges:

Waren Sie aufgrund der aktuellen Beschwerden schon einmal am Universitätsklinikum Tübingen?

- Nein
 Ja, Abteilung aufgesucht im:.....
(Monat/Jahr)

Welchen Bildungsabschluss haben Sie? (Schulabschluss, Berufsausbildung, Hochschulabschluss)

Sind Sie berufstätig? Nein Ja

Wenn ja, welcher Beruf:

Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden berentet?

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag:

Alkoholkonsum: nie mehrmals jährlich mehrmals monatlich täglich

Eigene Schilderung der Beschwerden

Was macht Ihnen Sorgen und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen erwarten Sie?

Medizinische Fragestellung (vom überweisenden Haus- oder Facharzt auszufüllen, ggf. Beilage):

Praxisstempel, Datum

Befunde

Zu dem Problem, wegen dem Sie zu uns kommen: Wurde bereits eine Diagnose gestellt?

Nein Ja, folgende:

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt? Wurden auffällige Befunde erhoben?

Bitte legen Sie alle medizinischen Dokumente in Kopie bei (z.B. Genetische Befunde, Arztbriefe, Befundberichte, Laborbefunde, Bildgebung auf CD)

Gab es Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung (z.B. verzögerte motorische oder sprachliche Entwicklung, spezieller pädagogischer Förderbedarf)?

Nein Ja, folgende:

Gab oder gibt es weitere medizinische Probleme (andere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden)?

Nein Ja, folgende:

Förderung/Unterstützung

Erhalten Sie eine der folgenden Therapien:

Physiotherapie Nein Ja Wie oft?
Kontaktperson:

Ergotherapie Nein Ja Wie oft?
Kontaktperson:

Logopädie Nein Ja Wie oft?
Kontaktperson:

Psychotherapie Nein Ja Wie oft?
Kontaktperson:

Andere Therapien:

Haben Sie irgendwelche Hilfsmittel? Nein Ja, folgende:

Familienanamnese

Sind Ihre Eltern oder Großeltern miteinander verwandt (z.B. Cousin und Cousine)?

Nein Ja

Traten bei Ihrer Familie/Blutsverwandten ähnliche Beschwerden auf?

Nein

Ja, und zwar:

Keine Aussage möglich

Eltern

Großeltern

Geschwister

Familienmitglied	Symptome/ Erkrankung

Medikation

Welche Medikamente werden aktuell eingenommen (inklusive Nahrungsergänzungsmittel)?

Name	Dosis (mg)	Einnahmeschema				Dauer (in Monaten)
		Morgens	Mittags	Abends	Nachts	