

## 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:

