

Anfragen am MZEB Tübingen (Erstvorstellung)

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Kontaktdaten			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum (T/M/J)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Adresse			
Telefon			
E-Mail			
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Haus- oder Facharztes			
Ggf. Name und Kontaktdaten der Wohneinrichtung (falls Abweichend von oben)			

Organisatorisches			
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich, Name der Kasse:	<input type="checkbox"/> BG	<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		
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch: _____		
Anlagen:	<input type="checkbox"/> Behindertenausweis in Kopie – zwingend für Terminvereinbarung! <input type="checkbox"/> ggf. 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"/> sonstiges:		

Informationen zur Erkrankung

Welche Diagnose wurde bisher gestellt?

Wann sind die ersten Beschwerden aufgetreten?

Es bestehen Einschränkungen/Probleme in folgenden Bereichen (bitte Einschränkung beschreiben):

- Frühkindliche Entwicklung:
 - Gehfähigkeit:
 - Koordination/ Feinmotorik:
 - Sprechen:
 - Intelligenzentwicklung:
 - Schmerzen:
 - Vegetatives System (Verdauung, Kreislauf):
 - Sonstige:
-

Folgende Untersuchungen wurden durchgeführt:

- cMRT, Datum:
 - cCT, Datum:
 - Nervenmessung, Datum:
 - Liquorpunktion, Datum:
 - Genetische Untersuchung, Datum:
 - Andere relevante Untersuchungen:
-

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

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

Nein Ja, folgende:

Was macht Ihnen aktuell Sorgen und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen erwarten Sie?

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

Praxisstempel, Datum

Allgemeine Informationen

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

Sind Sie berufstätig? Nein Ja

Wenn ja, welcher Beruf:

Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden berentet und besteht eine Erwerbsminderung?

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

Alkoholkonsum: nie mehrmals jährlich mehrmals monatlich täglich

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 Hilfsmittel? Nein Ja, folgende:

Familienanamnese

Traten bei Ihrer Familie/Blutsverwandten ähnliche Beschwerden auf?

Nein

Keine Aussage möglich

Ja, und zwar:

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

Nein Ja: _____

Medikation

Welche Medikamente werden aktuell eingenommen (inklusive Nahrungsergänzungsmittel)?

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

Welche Medikamente wurden in der Vergangenheit eingenommen?

Name	max. Dosis	Effekt/ Nebenwirkungen	Zeitraum der Einnahme