

Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier und Zentrum für Erwachsene mit Behinderung Trier gGmbH

Luxemburger Straße 144
54294 Trier

Tel.: 0651 / 82861 0
Fax.: 0651 / 82861 50

Liebe Patienten*innen und Betreuende,

wir bedanken uns für Ihre Anfrage nach einer Untersuchung im Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB).

Das MZEB Trier versteht sich als Ergänzung zum medizinischen Versorgungsangebot durch niedergelassene Ärzt*innen für Patienten*innen, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung eine besondere Expertise brauchen. Patienten*innen brauchen für das MZEB einen Schwerbehindertenausweis (GdB von mind. 70% + Merkzeichen) und eine Überweisung durch einen niedergelassenen Haus- oder Facharzt.

Neben der medizinischen Diagnostik und Beratung nimmt das MZEB auch die Aufgabe der Koordinationsleistung wahr.

Die Vorstellung im MZEB erfolgt durch einen Vertragsarzt auf Überweisung. Bitte besprechen Sie die Anmeldung bei uns mit Ihrem zuweisenden Arzt (Neurologen, Allgemeinmediziner oder Orthopäden).

Bitte drucken Sie sich den Fragebogen aus und senden ihn möglichst vollständig und leserlich ausgefüllt zurück.

Bitte lassen Sie sich unseren Fragebogen von Ihrem Arzt oben rechts unterschreiben.

Terminvergabe:

- ◆ Die Termine werden nach Dringlichkeit vergeben, somit können Wartezeiten entstehen.
- ◆ Termine werden Ihnen schriftlich zugesandt.
- ◆ Damit eine Bearbeitung überhaupt erfolgt, **müssen** folgende Unterlagen zwingend vorliegen:
 - korrekt und vollständig ausgefüllter Fragebogen und
 - unterschriebene Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung
- ◆ Anhand der eingereichten Unterlagen, erfolgt die Prüfung der Zugangsvoraussetzungen.
- ◆ Informieren Sie uns bitte über Zeiten, in denen Sie verhindert sind (Urlaubszeiten u. ä.) und keine Termine bei uns wahrnehmen können.

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen (als Kopien) vorab zu:

- ◆ Schwerbehindertenausweis
- ◆ Arztbriefe
- ◆ medizinische Vorbefunde, falls vorliegend: MRT-Bilder auf CD
- ◆ Betreuerurkunden

Zur ersten Vorstellung im MZEB (in der Regel bei einem Arzt) bringen Sie bitte mit:

- ◆ **Überweisungsschein des überweisenden Arztes**
- ◆ bei geplanten Testungen etwas zu trinken und zu essen

Für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Daniel Hoffmann
Facharzt für Neurologie
Ärztlicher Leiter MZEB

Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier und
 Zentrum für Erwachsene mit Behinderung Trier gGmbH
 Luxemburger Straße 144
 54294 Trier
 Tel.: 0651 / 82861 0
 Fax.: 0651 / 82861 50

Bitte Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes

Fragebogen

A. Angaben zu Personen

	Angaben zum Patienten*innen
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ und Wohnort	
Telefonnummer Festnetz	
Telefonnummer Mobil	
E-Mail	
Krankenkasse	
versichert über	
Beruf (falls vorhanden)	
Arbeitgeber (falls vorhanden)	

überweisender Arzt (Name und Adresse)

zuständige Kreis-/Stadtverwaltung

Waren Sie bereits als Kind oder Jugendlicher in der Betreuung des SPZ Trier?

Wenn ja, in welchem Zeitraum:

B. Schwerbehindertenausweis (bitte reichen Sie uns eine Kopie ein)

Ja mit Grad der Behinderung (GdB) von _____ % Nein

Merkzeichen:

G H GI B
 aG BI RF TBI

gültig bis: _____

C. Pflegegrad

Ja Nein

Pflegegrad:

1 2 3 4 5

D. Regelung der Betreuung (bitte reichen Sie uns eine Kopie ein)

Besteht eine gerichtlich festgelegte Betreuung:

Ja Nein

Postversand an (mit Adresse, falls Kontaktdaten abweichend):

E. Zuzahlungsbefreiung

Ja Nein Nachweis bitte beifügen!

F. Wohnform:

G. Medizinische Vorgeschichte

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

Ja Nein unbekannt wenn ja, welche? _____

2. Für welche Probleme suchen Sie Hilfe?

Eine ausführliche Beschreibung aller Schwierigkeiten/Auffälligkeiten ist unbedingt notwendig.

H. Diagnose

1. neurologische Erkrankungen (Spina bifida, Spastik, Cerebralparese, Epilepsie...)

Ja Nein

wenn ja, welche?

2. geistige Einschränkungen/Behinderungen

Ja Nein

IQ, falls bekannt:

3. genetische Erkrankungen:

4. Nahrungsaufnahme:

normal

Probleme beim Kauen

Probleme beim Schlucken

PEG/Magensonde Nein Ja

wenn ja, seit wann: _____

5. Harnwege:

Besteht eine Blasenentleerungsstörung? Ja Nein

wenn ja, Entleerungstechnik:

6. Darm

Besteht eine Darmentleerungsstörung? Ja Nein

wenn ja, Entleerungstechnik:

7. Allergien

Ja Nein

wenn ja, welche?

8. multiresistente Keime

Ja Nein

wenn ja, welche?

9. Atemstörungen

Ja Nein

wenn ja, welche?

10. Verhaltensauffälligkeiten

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Liegen folgende Auffälligkeiten/Störungen vor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Selbstverletzung (z.B. Kopfschlagen, Beißen, Haare ausreißen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wutanfälle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sexuelle Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige Auffälligkeiten/Störungen wenn ja, welche: | _____ | |

11. Wann beobachteten Sie die genannten Schwierigkeiten/Auffälligkeiten zum ersten Mal?

I. Bisher aufgesuchte Ärzte und Fachdienste

1. Wo haben Sie sich bereits wegen der genannten Schwierigkeiten bzw. Auffälligkeiten vorgestellt oder behandeln lassen?

Fachärzte	von	bis
_____	_____	_____
_____	von	bis
_____	_____	_____
_____	von	bis
_____	_____	_____
_____	von	bis
_____	_____	_____
_____	von	bis
_____	_____	_____

Kinderärzte	von	bis
_____	_____	_____
_____	von	bis
_____	_____	_____

Kliniken	von	bis
_____	_____	_____
_____	von	bis
_____	_____	_____
_____	von	bis
_____	_____	_____

Physiotherapie	_____	von _____	bis _____
	_____	von _____	bis _____
Logopädie	_____	von _____	bis _____
	_____	von _____	bis _____
Ergotherapie	_____	von _____	bis _____
	_____	von _____	bis _____
Psychologische Beratungsdienste	_____	von _____	bis _____
	_____	von _____	bis _____
Sonstiges	_____	von _____	bis _____

2. relevante Vorbefunde

Bitte legen Sie relevante Befunde von Operationen, Untersuchungen (EEG, EKG, Kernspin) bei.

3. regelmäßige Medikamente

keine Ja, welche und Dosierung?

4. Hilfsmittel?

- | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgeräte | <input type="checkbox"/> Schienen | <input type="checkbox"/> Einlagen |
| <input type="checkbox"/> Rollator/Gehhilfe | <input type="checkbox"/> Stehbrett | <input type="checkbox"/> Orthesen | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

J. Familienvorgeschichte

Sind gleiche oder ähnliche Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten schon in der näheren oder weiteren Familie vorgekommen?

Ja

Nein

wenn ja, welche?

K. Fragen zur Beantwortung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde ausgefüllt am _____ von

mir selbst

mit Hilfe von

Betreuer

Bitte überprüfen Sie ihre Angaben nochmal.

Eine umfassende Beschreibung **aller** Schwierigkeiten und Auffälligkeiten ist für die Diagnosestellung und die Einleitung notwendiger Behandlungen sehr wichtig.

Gerne können Sie auch weitere Ausführungen diesem Fragebogen formlos beilegen.

Danke für Ihre Mühe.

Mit meiner Unterschriften versichern ich, mit der Untersuchung im MZEB einverstanden zu sein.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Ort und Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Hiermit erkläre ich/wir

1.		geb. am	
	Name, Vorname	Geburtsdatum	
2.		geb. am	
	Name, Vorname	Geburtsdatum	

mich / uns damit einverstanden, dass die oben angegebenen Daten aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Vertrag mit dem Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung in Trier und Zentrum für Erwachsene mit Behinderung Trier gGmbH, Luxemburger Str. 144 und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Durch die speichernde Stelle wurde ich / wurden wir zuvor auch darauf hingewiesen, dass im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an andere Stellen, z. B. im Rahmen der Behandlungsgemeinschaft, erfolgen kann, soweit dies zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Widerrufsmöglichkeit:

Die Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Mir / uns ist bekannt, dass eine Behandlung ab dem Zeitpunkt des Widerrufs nicht mehr möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*innen/Betreuende