

Patientendaten

Wie ist ihr Name? _____

Wann sind sie geboren? _____

Wie ist Ihre Telefonnummer? _____

Wo wohnen Sie?

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Wie wohnen Sie? alleine Eltern Wohngemeinschaft Sonstige: _____
Weitere Angaben
Wie sind sie versichert? gesetzliche Krankenkasse – GKV private Krankenkasse – PKV

Name der Krankenkasse: _____

Haben Sie einen Behindertenausweis? NEIN JA GdB: _____ %Merkzeichen: G aG B H RF BIAusweispültigkeit bis: _____ unbefristetHaben Sie eine gesetzliche Betreuung? NEIN JA

Name: _____

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Telefonnummer: _____ Fax-Nummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Aufgaben des gesetzlichen Betreuers: medizinische Angelegenheiten

Sonstiges: _____

Betreuung begrenzt bis _____ unbefristetIst die gesetzliche Betreuung mit der Behandlung im Simi einverstanden? JA NEIN

Was für eine Behinderung besteht?

 Intelligenzminderung Körperbehinderung SinnesbeeinträchtigungHaben Sie einen Pflegegrad? NEIN JA Grad: 1 2 3 4 5

Welche Hilfsmittel haben Sie (z.B. Rollstuhl, Rollator, Orthesen)? _____

Haben Sie regelmäßige Therapien?

- Physiotherapie: NEIN JA, wie oft: _____
- Ergotherapie: NEIN JA, wie oft: _____
- Logotherapie: NEIN JA, wie oft: _____
- andere Therapien: _____

Wie groß sind Sie? _____ Wie ist Ihr Gewicht? _____

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang?

- NEIN JA Urininkontinent Urinkatheter Stuhlinkontinent
- Sonstiges (z.B. Windelhöschen): _____

Haben Sie Probleme beim Schlucken? _____

- Welche Kostform brauchen Sie? normal angedickt püriert
- sonstige: _____

Lebensmittelallergien / - Unverträglichkeiten: _____

Ist eine nächtliche Beatmung nötig? NEIN JA, welche Form _____

Kommunikation

- Können Sie sprechen? JA NEIN
- Verstehen Sie, was gesprochen wird? JA NEIN
- Haben Sie Hilfsmittel zur unterstützten Kommunikation? NEIN JA, welche:

Aktuelle Beschwerden

Warum möchten Sie zu uns kommen? _____

Haben Sie Schmerzen? NEIN JA, bitte beschreiben: _____

Was soll sich durch die Behandlung bessern? _____

Vorgeschichte

Gibt es noch andere Personen in Ihrer Familie mit einer Behinderung? _____

Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Herzinfarkt? Epilepsie?) _____

Wie alt war Ihre Mutter bei Ihrer Geburt? _____ Jahre

Gab es Komplikationen bei der Geburt? NEIN JA, welche: _____

Gab es Entwicklungsverzögerungen? NEIN JA, welche: _____

Welche Schule haben Sie besucht? _____

Wo arbeiten Sie? _____

Haben Sie Vorerkrankungen? NEIN JA, welche: _____

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie? NEIN JA, wo:

Haben Sie ansteckende Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis)? NEIN JA, welche:

Haben Sie multiresistente Keime? NEIN JA: MRSA MRGN VRE

Lokalisation: _____

Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung? NEIN JA, wegen:

Haben Sie Allergien? NEIN JA: _____

Trinken Sie Alkohol? NEIN JA, pro Woche ca.: _____

Rauchen Sie? NEIN JA, am Tag ca.: _____

Verhüten Sie? (Antwort nur bei Frauen nötig) NEIN JA, wie: _____

Wie schlafen Sie? gut Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

sonstiges: _____

Medikamente – Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name / Wirkstoff	Stärke (z.B. in mg.)	Form (z.B. Tbl. / Amp. / etc.)	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	seit wann?

Ambulante Ärztliche Versorgung

Bitte geben Sie **alle** Fachärzte/innen an, die Sie **ambulant** behandeln
(auch: HNO Arzt, Zahnarzt, Augenarzt, Urologe, Psychiater, etc.)

Hausarzt/ärztin: _____

Internist/in: _____

Neurologe/in: _____

Orthopäde/in: _____

Weitere (Zahn- Auge- HNO- Arzt/ärztin, etc.): _____

Ich habe diesen Fragebogen selbst ausgefüllt Ich habe diesen Fragebogen mit Hilfe ausgefüllt

Dieser Fragebogen wurde für mich ausgefüllt von: _____

Familienmitglied Betreuer sonstiges _____