

**Telefon:** 040 / 5077-3456

**Hamburg, den** \_\_\_\_\_

**Fax:** 040 / 5077- 3226

**E-Mail:** info@mzeb-hamburg.de

Sehr geehrte\*r Herr / Frau \_\_\_\_\_

Wir freuen uns, Sie bald im SIMI begrüßen zu dürfen.

Um Sie bestmöglich zu behandeln, möchten wir Sie vorab schon etwas kennenlernen:

- Füllen Sie dafür bitte den beigefügten Fragebogen aus
- Falls Sie wegen einer Behinderung nicht schreiben können, bitten Sie eine vertraute Person Ihnen zu helfen

**Bitte schicken Sie** uns folgende **Unterlagen** zu:

- den **ausgefüllten Fragebogen**
- **Kopie des Schwerbehindertenausweis**
- **Kopie des Betreuerausweis**
- **Einverständniserklärung** der gesetzlichen Betreuung für die Behandlung im SIMI
- alle **medizinischen Vor-Befunde**, etc.
- eine **Telefonnummer** zur Terminabsprache und für Rückfragen

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Sobald uns alle Unterlagen vorliegen, **vereinbaren wir** einen **Termin** mit Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion

**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  BIAusweisgültigkeit 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 \_\_\_\_\_

### **Behandlungseinverständnis der gesetzlichen Betreuung**

Bei \_\_\_\_\_

ist eine Behandlung in unserem Medizinischen Zentrum für Erwachsene Menschen mit Behinderung – **MZEB** – geplant.

Ich willige als gesetzlich bestellte Betreuung, in **die ambulante Diagnostik und Behandlung** im Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion – **SIMI** – ein.

**Nein**

**Ja**

### **Einwilligungserklärung für Video – und Bildaufnahmen**

Falls es erforderlich ist, werden im **Rahmen der Behandlung Bildaufnahmen** (z.B. der Hände, des Körpers oder Teile davon oder des Gesichts) zu **diagnostischen Zwecken** angefertigt.

Dies kann z. B. erforderlich sein um bei einer interdisziplinären Fallbesprechung eine Diagnose zu stellen.

**Ich willige** als gesetzlich bestellte Betreuung mit der Anfertigung von Video- und Bildaufnahmen zu diagnostischen Zwecken **ein**.

**Nein**

**Ja**

Ich bin **außerdem damit einverstanden**, dass diese Video- und Bildaufnahmen von mir **bei Aus- und Weiterbildungen von Ärzten und medizinischem Assistenzpersonal**, dass der **Schweigepflicht unterliegt** (z.B. Psychologen, Medizinisch-technische Assistenten, Pflegepersonal), gezeigt werden dürfen.

**Nein**

**Ja**

Wenn keine Einwilligung erfolgt, entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile bis auf die fehlende Möglichkeit zur Diagnostik mittels Video- und Bildaufnahmen.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Zu Ihrer Kenntnisnahme liegt diesem Schreiben eine Information zum Datenschutz bei.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der gesetzlichen Betreuung