



DIAK Klinikum Landkreis Schwäbisch Hall gGmbH
Neurologische Klinik • Diakoniestraße 10 • 74523 Schwäbisch Hall

DIAK Klinikum

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Heidelberg

Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie

Prof. Dr. med. Benjamin Knier
Chefarzt

Diakoniestraße 10
74523 Schwäbisch Hall
Telefon: 0791 753-3030
Telefax: 0791 753-4919
neurologie@diak-klinikum.de

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post /Fax/ oder Mail an:

MZEB Schwäbisch Hall
Diakoniestr 10
Bei Rückfragen: Telefon: 0791-753-3030
74523 Schwäbisch Hall
Faxnummer: 0791-753 -4919
Email: MZEB@diak-klinikum.de

Name, Vorname: _____

männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Welche Bezugsperson kann Auskunft geben?

(zum Beispiel gesetzlicher Betreuer, Angehöriger, pädagogischer Assistent)

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Wie wohnen Sie?

eigene Wohnung mit ambulanter Betreuung eigene Wohnung ohne
Betreuung

bei den Eltern _____ andere



Wohnform:

Wohngruppe/Wohngemeinschaft: _____

Was machen Sie tagsüber?

Schule: _____

Werkstatt: _____

Betrieb: _____

arbeitslos krank

Tagesstrukturierende Maßnahmen: _____

Integrationsfachdienst involviert: _____

Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Nein

Name, Vorname des gesetzlichen Betreuers: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Betreuungsbereiche:

Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung

Vertretung vor Behörden/Einrichtungen Postangelegenheiten

Vermögenssorge Wohnungsangelegenheiten

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein

Ja, _____ % Grad der Behinderung gültig bis: _____

Merkzeichen: B G aG H

BI GI

Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?

Nein

Ja, Pflegegrad: _____

Weshalb möchten Sie zu uns ins MZEB kommen?

Welche Grunderkrankungen liegen vor?

(welche geistige oder körperliche Behinderung, Seh- oder Hörbehinderung?)

Tut Ihnen etwas weh? Bedrückt Sie etwas? Gibt es andere Gründe, weshalb Sie zu uns kommen möchten?

Seit wann bestehen diese Probleme? _____

Bei welchen Ärzten/Therapeuten waren Sie wegen dieser Probleme schon?

Bitte legen Sie uns zusätzlich eine Liste aller behandelnden Ärzte bei!

Welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen sind noch bekannt

Diabetes

Bluthochdruck

Übergewicht

Atemwegserkrankungen

Untergewicht

Weitere:

Schluckstörung

Allergien

Epilepsie:

Sind Infektionskrankheiten oder Besiedlung mit multiresistenten Erregern (MRSA, VRE, MRGN3 oder MRGN4) bekannt?

Ja, welche? _____ Nein

Wie sind Sie mobil?

Gehfähig, ohne Hilfsmittel

mit Hilfsmitteln: _____

weitere Hilfsmittel: _____

Erhalten Sie eine der folgenden Therapien?

Physiotherapie

ja

nein

Kontaktperson:

Ergotherapie

ja

nein

Kontaktperson:

Logopädie

ja

nein

Kontaktperson:

Psychotherapie

ja

nein

Kontaktperson:

Andere Therapien:

