

**Anamnesebogen MZEB Uelzen**
**Datum:** \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

**Zuweisender Arzt / Zuweisende Ärztin**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Gesetzliche Betreuung:** ☐ Nein ☐ Ja, bitte angeben: (Bitte Kopie des Betreuerausweis beifügen)

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

eMail/ Tel.: \_\_\_\_\_

**Wohn Einrichtung / Heim:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Situation im Beruf/Arbeitsleben?**
☐ arbeitsfähig ☐ arbeitsunfähig ☐ Rentner

☐ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ☐ WfbM ☐ Tagesförderbereich

Wo sind sie tätig: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis:** ☐ Nein ☐ Ja

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

 Merkzeichen: 

|   |   |   |    |    |    |
|---|---|---|----|----|----|
| B | H | G | aG | Bl | Gl |
|---|---|---|----|----|----|

**Haben Sie einen Pflegegrad:** ☐ Nein ☐ Ja, Pflegegrad \_\_\_\_\_

Gibt es Dinge, die Ihnen bei einem Arztbesuch Angst machen oder Unruhe auslösen?

|  |
|--|
|  |
|--|

Wegen welcher Probleme / Fragestellung suchen Sie das MZEB auf?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Welcher Erkrankungen / Diagnosen / Beeinträchtigungen sind bei Ihnen bekannt?

| Erkrankung | Seit wann |
|------------|-----------|
|            |           |
|            |           |
|            |           |
|            |           |
|            |           |

Welche Fachärzt:innen behandeln Sie? (z.B. Neurologe, Urologe, Internist, Orthopäde)

| Fachrichtung | Name & Ort der Arztpraxis |
|--------------|---------------------------|
|              |                           |
|              |                           |
|              |                           |
|              |                           |
|              |                           |

Bisherige und aktuelle Therapien:

| Art der Therapie?                    | Name der Fachperson, Adresse der Praxis | Wie oft pro Woche |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> Physiotherapie |                                         |                   |
| <input type="radio"/> Ergotherapie   |                                         |                   |
| <input type="radio"/> Logopädie      |                                         |                   |
| <input type="radio"/> Psychotherapie |                                         |                   |
| <input type="radio"/> Sonstige       |                                         |                   |

**Sind/ waren Sie bereits in einem SPZ oder in einem anderen MZEB in Behandlung?**

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie in der Vergangenheit Krankenhausaufenthalte?**

| Grund des Aufenthaltes | Name & Ort des Krankenhauses | Zeitraum |
|------------------------|------------------------------|----------|
|                        |                              |          |
|                        |                              |          |
|                        |                              |          |
|                        |                              |          |

**Sind Hilfsmittel vorhanden? Wenn ja, Welche? (z.B. Talker, Orthese, Badewannenlifter)**

| Art des Hilfsmittels | Seit wann (Jahr)? | Versorger (Sanitätshaus, Orthopädietechnik, etc.) | Bestehen Probleme Ja/Nein |
|----------------------|-------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|
|                      |                   |                                                   |                           |
|                      |                   |                                                   |                           |
|                      |                   |                                                   |                           |
|                      |                   |                                                   |                           |

**Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? (Alternativ bitte Medikamentenplan beilegen)**

| Medikament | Dosierung (morgens/mittags/nachmittags/abends) | Nebenwirkungen |
|------------|------------------------------------------------|----------------|
|            |                                                |                |
|            |                                                |                |
|            |                                                |                |
|            |                                                |                |
|            |                                                |                |

**Bestehen Allergien und/oder Unverträglichkeit (z. B. Latex, Nahrungsmittel, Medikamente)?**

**Familienstand** ☐ ledig ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet ☐ feste Partnerschaft

**Wie viele Kinder haben Sie?** Anzahl ..... Alter: ....

Wurden Sie schon einmal operiert ☐ ja ☐ nein ☐ vielleicht

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was und wieviel .....

Rauchen Sie regelmäßig ☐ ja ☐ nein

Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Drogen ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und wieviel .....

Nehmen Sie Verhütungsmittel/Hormonspirale ☐ ja ☐ nein

Sind Sie schwanger ☐ ja ☐ nein ☐ vielleicht

**Wieviel wiegen Sie?** \_\_\_\_\_ kg **Wie groß sind Sie** \_\_\_\_\_ cm

**Liegen Ihnen Informationen zur Ihrer Geburt und Schwangerschaft vor?**

Normale Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein: \_\_\_\_\_

Normale Geburt ☐ ja ☐ nein: \_\_\_\_\_

Toxische / physische Einwirkungen auf den Fötus ☐ nein ☐ ja: \_\_\_\_\_

**Sonstige Bemerkungen:**