

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post an:

MZEB
Pfeifferstraße 10
39114 Magdeburg

Bei Rückfragen:
Telefon: (0391) 8505 520

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

☐ Wohnheim

☐ andere Wohnform: _____

☐ bei den Eltern

☐ 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 ☐ RF
☐ 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 | ☐ Epilepsie | Weitere: _____ |
| ☐ Schluckstörung | ☐ Untergewicht | _____ |
| ☐ Allergien: | | _____ |

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: _____

Gibt es im Umgang mit Ihnen etwas zu beachten? Worauf sollen wir achten?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe
Ihr MZEB-Team