

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post an:

MZEB der Pfeifferschen Stiftungen
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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung |
| <input type="checkbox"/> Vertretung vor Behörden/Einrichtungen | <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge | <input type="checkbox"/> 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?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | Weitere: |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Untergewicht | _____ |
| <input type="checkbox"/> 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