Medizinisches Zentrum für

Erwachsene mit Behinderung (MZEB)

Leukodystrophie-Sprechstunde

Ärztlicher Leiter: Dr. med. Wolfgang Köhler

Liebigstr. 20, 04103 Leipzig

Telefon: +49 (0)341 97 20986, -12850

Telefax: +49 (0)341 97 12852

E-Mail: [MZEB@medizin.uni-leipzig.de](mailto:MZEB@medizin.uni-leipzig.de)

Liebe Patientin, lieber Patient,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck von Ihrer aktuellen Situation und Symptomatik sowie Ihrer klinischen Vorgeschichte zu erhalten, benötigen wir Ihre Auskunft. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

|  |  |
| --- | --- |
| **Allgemeine persönliche Angaben** | |
| Name, Vorname |  |
| Geschlecht |  |
| Geburtsdatum |  |
| Staatsangehörigkeit |  |
| Muttersprache |  |
| Adresse |  |
|  |  |
| Telefon |  |
| E-Mail (notwendig für evtl. Videosprechstunden) | |
|  |  |
| Grad der Behinderung |  |
| Merkzeichen |  |
| Pflegegrad |  |
| Familienstand |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gibt es Vorbefunde?** | |
| **Wichtig:** **Bitte schicken Sie uns vorhandene Vorbefunde (Arztbriefe, Blutwerte, CT-,MRT-Bilder und Befunde, genetische Untersuchungsbefunde usw.) vor Ihrem Termin zu.** | |
|  | |
|  | |
| **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** | |
| □ Nein | |
| □ **JA: Wichtig: Bitte Medikamentenplan mit genauen Dosierungen beifügen** | |
| **Krankheitsgeschichte** | |
| **Welche Diagnosen wurden gestellt?** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Gibt es ein akutes Problem/konkretes Anliegen (unbedingt ausfüllen)?** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Was erwarten Sie von der Behandlung bei uns (unbedingt ausfüllen)?** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Frühkindliche Entwicklung** | |
| Schwangerschaft: | □ normal |
|  | □ Komplikationen |
|  |  |
| Geburt: | □ normal |
|  | □ Komplikationen |
| Geburtsgewicht: |  |
| Geburtsgröße: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Psychomotorische Entwicklung | vor Krankheitsbeginn | | | nach Krankheitsbeginn |
|  | □ Nein | □ Ja,  in welchem Alter | | □ Verlust  in welchem Alter |
| Lächeln | □ | □ | | □ |
| Greifen | □ | □ | | □ |
| Selbständiges Sitzen | □ | □ | | □ |
| Krabbeln | □ | □ | | □ |
| Stehen | □ | □ | | □ |
| Laufen | □ | □ | | □ |
| Lautieren | □ | □ | | □ |
| Erste Worte | □ | □ | | □ |
| Sprechen (Sätze) | □ | □ | | □ |
| Malen | □ | □ | | □ |
| Bis 10 zählen | □ | □ | | □ |
| Schreiben | □ | □ | | □ |
| Lesen | □ | □ | | □ |
| **Bitte schildern Sie uns Ihren Krankheitsverlauf der Hauptbeschwerden.** | | | | |
| Symptome | erstmaliges Auftreten | | | Verlauf |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| **Wie stark belastet das Problem Sie und Ihre Angehörigen derzeit?** | | | | |
| Eigene Belastung | | | Belastung der Angehörigen | |
| □ gar nicht | | | □ gar nicht | |
| □ gering | | | □ gering | |
| □ mittelstark | | | □ mittelstark | |
| □ sehr stark | | | □ sehr stark | |

|  |
| --- |
| **Leiden Sie unter weiteren Erkrankungen?** |
| □ Nein |
| □ JA, Welche? |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Wurden Sie schon mal operiert?** |
| □ Nein |
| □ JA |
|  |
|  |
| Haben Sie medizinische Implantate im Körper? |
| □ Nein |
| □ JA |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur sozialen Situation** | | |
| **Haben Sie Kinder?** |  | |
| □ Nein |  | |
| □ JA, Anzahl |  | |
| Geburtsdatum |  | |
| Geschlecht |  | |
| **Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?** (Mehrfachantworten möglich) | | |
| □ alleinlebend | | □ mit Partner/Partnerin |
| □ mit Eltern/Elternteil | | □ mit Freunden |
| □ mit Kind/Kindern | | □ mit sonstigen Personen |
| **Schulbildung** | | |
| Alter bei Einschulung: | | |
| Schule: |  | |
| Höchster erreichter Abschluss: |  | |
| Aktuelle berufliche Tätigkeit: |  | |
| **Erhalten Sie Unterstützung bei der häuslichen Versorgung (ambulanter Dienst, Essen auf Rädern, usw.)?** | | |
|  | | |
|  | | |
| **Bei welchen Ärzten/Therapeuten usw. sind Sie aktuell in Behandlung? (mit Adresse)** | | |
| Hausarzt | | |
|  | | |
|  | | |
| Neurologe | | |
|  | | |
| Orthopäde | | |
|  | | |
|  | | |
| Sonstige Ärzte | | |
|  | | |
|  | | |
| **Wünschen Sie eine Weiterleitung der Befunde an die anderen Behandler? Wenn JA, an welche?** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Welche Hilfsmittel stehen Ihnen aktuell zur Verfügung?** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Familienanamnese** | | |
| **Unter welchen chronischen Erkrankungen leiden Ihre Familienangehörigen (vor allem neurologische Erkrankungen)?**  **In welchem Verwandschaftsbezug steht der Betroffene zu Ihnen und welcher Erkrankung leidet er?**  **Treten Erkrankungen häufiger in Ihrer Familie auf?**  **Bei einer familiären Häufung zeichnen Sie uns bitte einen Stammbaum auf.** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?** | | |
| □ Nein |  | |
| □ JA | Name | |
|  | Anschrift | |
|  | Tel./E-Mail | |
|  | Für welche Angelegenheiten? | |
|  |  | |
| Der gesetzliche Betreuer ist mit den erforderlichen Untersuchungen und der Behandlung im MZEB einverstanden: | | |
| Ort, Datum | | Unterschrift Betreuer |
| **Information** | | |
| Ich möchte gern über Neuigkeiten und geplante Veranstaltungen des MZEBs informiert werden. | | |
| □ Nein |  | |
| □ JA |  | |
| Meine Postanschrift: |  | |
| Meine E-Mail-Adresse: |  | |
| Ort, Datum | | Unterschrift Patient |