



Medizinisches Zentrum für
Erwachsene mit Behinderung (MZEB)
Leukodystrophie-Sprechstunde
Ärztliche Leiterin: Dr. med. Caroline Bergner
Liebigstr. 20, 04103 Leipzig
Telefon: +49 (0)341 97 20986, -12850
Telefax: +49 (0)341 97 12852
E-Mail: MZEB@medizin.uni-leipzig.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck von Ihrer aktuellen Situation und Symptomatik sowie Ihrer klinischen Vorgesichte 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

Mutterssprache

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
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, in welchem Alter	<input type="checkbox"/> Verlust in welchem Alter
Lächeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständiges Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krabbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lautieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erste Worte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen (Sätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis 10 zählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte schildern Sie uns Ihren Krankheitsverlauf der Hauptbeschwerden.

Symptome

erstmaliges Auftreten

Verlauf

Wie stark belastet das Problem Sie und Ihre Angehörigen derzeit?

Eigene Belastung

gar nicht

Belastung der Angehörigen

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/Therapeuten (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie ...)

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