



HERZKIND e.V.
Information • Beratung • Hilfe

FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE MIT AHF

Ihre Angaben helfen, uns einen Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu verschaffen und Ihnen so bei Ihrer Anfrage schnell Unterstützung und Hilfe zu geben. Sie unterstützen uns, indem Sie bitte daran denken, uns Veränderungen wie z.B. Operationen, Änderung der Einstufung beim GdB, u.ä. mitzuteilen. Gern können Sie uns auch Kopien der Arztberichte, Gutachten usw. senden. Wir nehmen den Datenschutz sehr ernst, alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Ein Austausch erfolgt nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch. Gleiches gilt für die Beantwortung Ihren Anfragen durch unsere Mitarbeiter bzw. ehrenamtlich tätigen Helfer unseres Vereins. Ihrer Daten werden nicht an Krankenkassen, Klinikträger, Ärzte oder sonstigen Institutionen weitergegeben.

MITGLIED

Name

Vorname

geb. am Beruf

PLZ, Wohnort

Straße

Telefon Fax

E-Mail

Familienstand verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft ledig

Partner

Name

Vorname

geb. am Beruf

Haben Sie Geschwister mit angeborenem Herzfehler? ja Diagnose: _____

Ihre Diagnosen – gern können Sie eine Kopie der letzten Arztberichte beifügen –

Operationen – bereits durchgeführt

welche Operation	in welcher Klinik	wann durchgeführt
------------------	-------------------	-------------------

Gibt es Restbefunde nach erfolgter Operation? Wenn ja, welche?

Geplante Operationen

welche Operation	in welcher Klinik	wann geplant
------------------	-------------------	--------------

Haben Sie weitere Erkrankungen/Diagnosen oder Einschränkungen und wie werden diese behandelt?

Wie beurteilen Sie Ihre Leistungsfähigkeit zum jetzigen Zeitpunkt?

normal gut sehr gut eingeschränkt sehr eingeschränkt

Haben Sie Kinder? Vornamen und Geburtsjahr _____

Für Frauen: Wie verliefen Schwangerschaft und die Geburt? _____

überwiegend problemlos problematische Schwangerschaft angenommenes Kind
 normale Geburt Frühgeburt Kaiserschnitt

Hat sich Ihr Gesundheitszustand/Leistungsfähigkeit nach der Schwangerschaft verändert? _____

Hat eines Ihrer Kinder einen angeborenen Herzfehler? ja Diagnose: _____

Fühlen Sie sich in Ihrem alltäglichen Leben/Beruf eingeschränkt, und wenn ja, wie äußert sich dies?

Haben Sie Rhythmusstörungen? ja Art der Störung _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja **Tragen Sie einen ICD?** ja

Haben Sie eine Herzklappenprothese?

Wenn ja, welche? Autograft Homograft Xenograft
 mitwachsende Klappe mechanische Klappe

Besitzen Sie einen Schwerbehinderten – Ausweis bzw. GdB? In welcher Höhe _____

Merkzeichen H B G aG RF BL gültig bis _____

Wurde der Antrag auf SB-Ausweis bzw. Einstufung in einen GdB abgelehnt? Wann? _____

Begründung: _____

Wurde der GdB heruntergestuft?

Wann? _____ von: _____ auf: _____ gestrichene Merkzeichen: _____

Begründung: _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Beziehen Sie Leistungen aus der Pflegeversicherung? Wenn ja, in welchem Grad? _____

Wenn nicht, wurde ein Antrag gestellt oder abgelehnt?

Wann? _____ Beantragter Grad: _____

Begründung der Ablehnung: _____

Welche Medikamente benötigen Sie wegen des Herzfehlers regelmäßig?

darunter Medikamente, die die Krankenkasse nicht erstattet:

Ambulante kardiologische/ kinder-kardiologische Betreuung (Name u. Anschrift des Arztes, der Praxis o. Klinik)

Bis zum 18. Lebensjahr

Ab dem 18. Lebensjahr

Besitzt dieser Arzt ein EMAH-Zertifikat? (zur Behandlung Erwachsener mit angeborenem Herzfehler)

ja nein weiß ich nicht

Haben Sie Probleme in der medizinischen Versorgung/Betreuung als Erwachsener erfahren?

Wenn ja, bitte kurz schildern:

Sind Sie berufstätig? Wenn ja, Vollzeit Teilzeit verrentet

Ergänzungen:

Welchen Schulabschluss haben Sie erworben/ streben Sie an?

Welche Berufsausbildung/Studium haben Sie abgeschlossen/ absolvieren Sie zur Zeit?

Nutzen Sie im Beruf die Nachteilsausgleiche Ihres Schwerbehindertenausweises?

Falls nicht, bitte kurz begründen:

Fühlen Sie sich in Ihrem Beruf durch Ihren angeborenen Herzfehler benachteiligt? Wenn ja, wie?

Beobachten Sie an sich seelische Auswirkungen wie z.B. Nervosität, Konzentrationsstörungen o.ä., die Sie mit Ihrer chronischen Erkrankung in Verbindung bringen?

Wenn ja, welche Auffälligkeiten?

Müssen / Mußten bei Ihren therapeutische Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik, Lymphdrainage, Atemtherapie o.ä.) durchgeführt werden?

Wenn ja, welche? Wie lange ?

Benötigen Sie Hilfsmittel, z.B. Rollstuhl, Beatmungsgerät?

Wenn ja, welche?

Seit wann?

In welchem Jahr und in welcher Klinik haben Sie bereits an REHA-Maßnahmen teilgenommen?

Ist eine REHA-Maßnahme geplant oder abgelehnt worden? _____

Falls abgelehnt, mit welcher Begründung? _____

Halten Sie Ihre Familienstruktur durch Ihren angeborenen Herzfehler für besonders belastet?

Wenn ja, schildern Sie bitte kurz die Belastungen:

Hier ist Platz für Ihre Bemerkungen und/oder Ergänzungen die Sie uns mitteilen möchten:

Bei welchen Anliegen können wir Sie unterstützen? Welche Anmerkungen und Wünsche haben Sie an uns?

Ich bin *grundsätzlich* damit einverstanden, daß meine Telefonnummer und/oder meine E- Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme an andere betroffene Familien oder selbst Betroffene weitergegeben werden kann. Unabhängig von Ihrem generellen Einverständnis werden wir Sie vor jeder Weitergabe kontaktieren und um Ihre Zustimmung im konkreten Fall bitten.

ja

nein

Haben Sie generelles Interesse am Austausch mit anderen EMAH's?

ja

nein

Datum/ Unterschrift

Wir danken ganz herzlich für Ihr Vertrauen.

Senden Sie diesen ausgefüllten Fragebogen ggf. zusammen mit dem Mitgliedsantrag und Kopien der aktuellen Arztberichte an:

**HERZKIND e.V.
Husarenstr. 70
38102 Braunschweig**

**Tel: 0531 220 660
Fax: 0531 220 66 22
Mail: info@herzkind.de**

