

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) Erfurt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Angehörige und Betreuer,

Sie wünschen einen Termin im MZEB Erfurt. Für eine Anmeldung benötigen wir von Ihnen zunächst einige Informationen. Die erforderlichen Unterlagen finden sie nachfolgend

Bitte senden Sie den sorgfältig ausgefüllten Anmeldebogen an uns zurück. Sie helfen damit, uns auf Ihre Fragestellungen und Probleme besser vorzubereiten und den Ablauf im MZEB zu planen. Einen Termin können wir nur vereinbaren, wenn wir die Unterlagen vollständig zurück erhalten haben.

Bitte leiten Sie die beiliegende Arztinformation an Ihren überweisenden Arzt weiter.

Bitte beachten Sie auch die Checkliste für Ihren Termin im MZEB.

Vielen Dank.

Dr. Nicole Cremer

Leitende Ärztin

Bitte bringen Sie zum ersten Termin im MZEB Folgendes mit:

- Überweisung an das MZEB (Hausarzt oder niedergelassener Facharzt)
- Elektronische Gesundheitskarte (Chipkarte)
- Zuzahlungsbefreiung, sofern vorhanden
- Schwerbehindertenausweis (wenn möglich in Kopie)
- Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht (wenn möglich in Kopie)
- Patientenverfügung (wenn vorhanden)
- Vorbefunde (Arztbriefe, Therapieberichte etc.)
- CT-, MRT-Aufnahmen, Röntgenbilder auf CD (aus auswärtigen Einrichtungen)
- Aktueller Medikamentenplan
- Impfausweis
- Anfallskalender (sofern eine Epilepsie besteht)
- Vorhandene Hilfsmittel (sofern möglich)
- Inkontinenzmaterial/Wechselkleidung/Pflegebedarf

Gesetzliche Betreuung Nein Ja

Name des Betreuers

Adresse

Telefon

Aufgabenkreise Gesundheit Aufenthaltsbestimmung
Wohnungsangelegenheiten Vermögenssorge
Vertretung vor Behörden

Zuweisender Arzt

Name Fachrichtung

Adresse Telefon

Fax

Sind sie bereits in einem MZEB/SPZ behandelt worden? Nein Ja/wann?

Welche Einrichtungen wurden besucht bzw. werden aktuell besucht

(Schule/ Fördereinrichtung/Ausbildung/Werkstatt)?

Einrichtung	von - bis / seit
-------------	------------------

2. Medizinische Daten

Welche Probleme/Fragestellungen führen Sie zu uns?

Welche Diagnosen/Erkrankungen sind bekannt (seit wann, ICD-10)?

Bitte fügen Sie relevante aktuelle Arztberichte, Befunde etc. dem Anmeldebogen bei und bringen alle weiteren Berichte und Befunde zum Termin mit.

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? Nein
Ja/welche

Bestehen ansteckende Erkrankungen/Keime? Nein
Ja/welche

Liegen bei den folgenden Funktionen Einschränkungen/Störungen vor? Benötigen Sie Hilfsmittel?

Sehen Nein Ja/welche
Hilfsmittel

Hören Nein Ja/welche
Hilfsmittel

Atmung Nein Ja/welche
Hilfsmittel

Blasenfunktion Nein Ja/welche
Hilfsmittel

Darmfunktion Nein Ja/welche
Hilfsmittel

Kommunikation Nein Ja/wie verständigen Sie sich?

Kommunikationshilfen Nein Ja/welche

Nahrungsaufnahme Kostform
Selbständig mit Unterstützung
Probleme beim Kauen beim Schlucken
Vorhandensein einer PEG Nein Ja/seit

Mobilität

gehfähig ohne Hilfsmittel Strecke

gehfähig mit Hilfsmittel / welches

Rollstuhl selbständig mit Hilfe

- Transfer/Umsetzen selbständig mit Hilfe mit Lifter

Liegendtransport

Gibt es Beeinträchtigungen/Probleme, die bisher nicht aufgelistet wurden?

Epileptische Anfälle

Bewegungsstörungen

Kontrakturen

Hautprobleme

Psychische Belastungen

Häufige Infekte

Schlafstörungen

Verhaltensstörungen

andere

Welche weiteren Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

Art des Hilfsmittels	Versorger	Seit wann?
----------------------	-----------	------------

Bitte geben Sie vollständig alle vorhandenen Hilfsmittel an!

Welche Therapien haben/hatten Sie bereits?

Art der Therapie (Praxis)	Häufigkeit (z.B. einmal pro Woche)	Seit wann?
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
weitere		

Sind Operationen erfolgt (Zeitpunkt, Grund)?

Klinik	Art der Operation	Wann?
--------	-------------------	-------

Bitte bringen Sie die Befunde - soweit vorhanden - zum Termin mit.

Welche Medikation wird dauerhaft oder bei Bedarf eingenommen?

Medikament	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht	Seit
------------	-----------	---------	---------	--------	----------	------

Legen Sie ggf. bitte einen gültigen Medikamentenplan bei bzw. bringen Sie diesen zum Termin mit!

Bei welchen Ärzten/medizinischen Einrichtungen sind Sie in Behandlung? Welche Untersuchungen wurden dort durchgeführt? Welche Ärzte sollen einen Bericht erhalten?

Arzt / Fachrichtung (Adresse)	Art der Untersuchung	Zeitraum	Bericht
Hausarzt			
Neurologie			
Innere Medizin			
HNO			
Augenheilkunde			
Orthopädie			
Zahnarzt			
Gynäkologie			
weitere			

Bitte bringen Sie die Befunde - soweit vorhanden - zum Termin mit.

Ort/Datum

Unterschrift