

Fragebogen zur Anmeldung eines Patienten im MZEB Würzburg

Willkommen im MZEB Würzburg

Um uns auf Ihren Besuch vorzubereiten benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus. Wenn Sie uns den Anmeldebogen zurücksenden, melden wir uns gerne bei Ihnen für eine Terminvereinbarung. Die Rücksendeadresse finden Sie am Ende des Fragebogens.

Vielen Dank

Der Bogen wurde ausgefüllt von

Patient _____ (gesetzl. Betreuer/Eltern/Mitarbeiter der Wohneinrichtung, u.a.)

am: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

1. Angaben zu Ihrer Person (Patient)

Name

Vorname

Aktuelle Wohnanschrift

Geburtsdatum

Festnetz + Handynummer (zur Terminvereinbarung)

Bitte unterstreichen Sie die Nummer unter der Sie ggf. am besten zu erreichen sind

Familienstand ledig verheiratet Lebensgemeinschaft

Eltern/ Partner (Name)

Festnetz + Handynummer

E-Mail

Gesetzlicher Betreuer (Name bitte in Druckbuchstaben):

Festnetz + Handynummer

E-Mail

Für die Behandlung des Patienten im MZEB ist das Einverständnis des gesetzlichen Betreuers notwendig. Bitte lassen Sie das entsprechende Formular „Einverständniserklärung für die Behandlung“ ausfüllen und fügen die Kopie des Betreuerausweises den Unterlagen bei.

Krankenkasse

Zuzahlungsbefreit nein ja von _____ bis _____

Überweisender Arzt (bitte denken Sie daran, die Arztinformation zur Überweisung auszudrucken und an Ihren Arzt weiterzugeben)

Wurden Sie bereits in einem anderen MZEB behandelt? nein ja, in _____

Haben Sie einen Behindertenausweis? ja, GdB _____ Ausstellungsdatum _____
Gültig bis _____

Merkzeichen

G aG H BI GI RF B TBI

Wurde ein Pflegegrad bei Ihnen festgestellt?

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5 nein

Wenn ja, ab wann gilt der Pflegegrad? _____ /Gültigkeit beschränkt bis _____

Wie groß sind Sie? _____ **Wie viel wiegen Sie?** _____ (auch geschätzt)

2. Selbstbefragung Gesundheit

Weshalb möchten Sie zu uns kommen? Tut Ihnen etwas weh, bedrückt Sie etwas oder gibt es andere Gründe, warum Sie zu uns kommen möchten? (ggf. auf gesondertem Blatt aufschreiben)

Ihre Grunderkrankung? _____

Welche Beeinträchtigungen bestehen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abführprobleme | <input type="checkbox"/> Kontrakturen/Gelenkversteifungen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Chronische / akute Schmerzen | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Atmung |
| <input type="checkbox"/> Störung der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Psychische, emotionale oder psychosoziale Probleme |
| <input type="checkbox"/> Ess- / Trinkstörung | <input type="checkbox"/> Sprach- oder Sprechstörungen |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen der Knochen und/oder Gelenke | <input type="checkbox"/> Veränderungen der Muskulatur |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei der Blasenentleerung | <input type="checkbox"/> Veränderungen an der Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Hautschädigungen/Druckstellen | <input type="checkbox"/> Herzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Spitzfußneigung |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeit | |

Welche Beeinträchtigung haben Sie, die nicht aufgeführt ist?

Bestehen Unverträglichkeiten (Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, etc.?) Allergien? nein ja, welche und seit wann? _____**Liegt eine Sehbehinderung vor?** ja/welche _____ Wann festgestellt? _____ nein unklar**Liegt eine Hörbehinderung vor?** ja/welche _____ Wann festgestellt? _____ nein unklar**Wie verständigen Sie sich?** Sprache (Worte, lange/kurze Sätze) mit Hilfsmittel _____ lautieren Gebärden taktiles Gebärden Mimik – Körpersprache weitere Ausdrucksmöglichkeiten _____ ich kann mich durch kein erkennbares System zum Ausdruck bringen**Wie mobil sind Sie?** gehfähig ohne Hilfsmittel gehfähig mit Hilfsmittel, nämlich _____ Liegendtransport erforderlich selbständig im Rollstuhl teilweise dauerhaft Rollstuhl mit Hilfe**3. Medizinische Angaben****Weitere Erkrankungen** Atemwegserkrankungen Diabetes mellitus Absaugpflichtige Trachialkanüle Osteoporose

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

- Bluthochdruck
- Adipositas/Übergewicht
- Schilddrüsenerkrankungen
- Untergewicht

Andere Erkrankung: _____

Bisherige Diagnostik

Waren Sie mit dieser Frage schon bei anderen Ärzten/Therapeuten, wann und was wurde untersucht? (Bitte die Vorbefunde soweit vorhanden mitbringen)

Arzt/Therapeut-Fachrichtung?	Wann?	Was wurde untersucht?

Welche Medikamente nehmen Sie momentan dauerhaft ein? (Bitte Kopie der aktuellen Liste beilegen, falls vorhanden)

Medikament (z.B. Paracetamol)	Dosis (z.B. 500 mg)	morgens	mittags	abends	nachts

Wünschen Sie spezifische Beratung in für Sie wichtigen Bereichen?

(z.B. Arbeit, Mobilität, Kommunikation, Sehen, Lebenssituation, Ernährung, Hilfsmittelversorgung)

4 Abschließende wichtige Hinweise

Vielen Dank, dass Sie den Anmeldebogen ausgefüllt haben. Das hilft uns in der Vorbereitung auf den Termin mit Ihnen und wir können uns ganz gezielt mit Ihren Problemstellungen befassen.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Bogen (**außer diese Seite 5**) per Post oder eingescannt als E-Mail zurück:

MZEB Würzburg

c/o Blindeninstitut – Haus 7

Anmeldung

Ohmstraße 7

97076 Würzburg

anmeldung@mzeb-wuerzburg.de

Bitte legen Sie dem Fragebogen eventuell vorhandene **Befundberichte** und, wenn möglich, ein **aktuelles Foto** bei. Für evtl. notwendige Anforderungen von Arztbriefen /Unterlagen aus anderen behandelnden Praxen /Einrichtungen (z.B. SPZ, Neurologen,...) bitte das beigefügte Formular zur **Datenschutzbindung** ausfüllen und unterschreiben. Ebenso bitte das Beiblatt „**Erklärung**“ mit Eintragung, an wen die Arztberichte versendet werden sollen.

Wir melden uns nach der Auswertung der Anmeldung schriftlich oder telefonisch bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

Zur Vorstellung im MZEB bringen Sie bitte alle notwendigen medizinischen Unterlagen, ihre persönlichen Notfallmedikamente und Ihre Versicherungskarte mit sowie alles, was Sie im Tagesverlauf an persönlichen Hilfsmitteln und Materialien benötigen.

Im Einzelnen sind folgende **Unterlagen am Tag der Behandlung** erforderlich:

- MZEB-Überweisung vom Haus- oder Facharzt für das Quartal der Vorstellung.
- Elektronische Gesundheitskarte, ggf. Befreiungskärtchen
- Vorbefunde, sofern vorhanden von schweren Erkrankungen, Operationen, Klinikbehandlung
- Röntgenbilder
- CT- und MRT-Aufnahmen (falls vorhanden)

Bitte denken Sie auch an

- Tägliche Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Orthesen, Hörgeräte, Brille, Lupe, Kontaktlinsen, Zahnprothesen etc.) sofern möglich
- Kommunikationshilfsmittel (Talker, Bilder, etc.)
- Allergiepass, wenn vorhanden
- Ausreichend Inkontinenzmaterial für die Zeit bei uns
- Verpflegung und ggf. Getränke für einen mehrstündigen Aufenthalt
- Wechselkleidung

Unsere Räume sind barrierefrei und so gestaltet, dass Sie auch mit Pflegebedarf Möglichkeiten finden in Rückzugsräumen und einem Sanitärbereich mit Pflegebad. Ein Lifter kann ebenfalls genutzt werden.

Wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen!

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die Erhebung von personenbezogenen Daten ist zur Durchführung nicht-ärztlicher Leistungen nach § 119c Abs. 2 SGB V sowie § 43b SGB V erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das MZEB ist § 67a SGB X in Verb. m. § 119c Abs. 2 SGB V.