

**Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung
oder Mehrfachbehinderung**

MZEB Luckau

Evangel. Krankenhaus Luckau gGmbH
Berliner Str. 24
15926 Luckau

FAX/FON:
0 35 44 – 58 351
0 35 44 – 58 350

E-Mail:
Severine.During@diakonissenhaus.de

Leiter MZEB:
Dr. med. Tom Oestmann

Sekretariat:
Frau During

Fragebogen zur Anmeldung eines Patienten im MZEB Luckau

Sehr geehrte Patienten, Angehörige und Betreuer,

um uns auf Ihren Besuch vorzubereiten benötigen wir einige Informationen. Wir bitten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten so vollständig wie möglich auszufüllen und die Bögen an uns zu schicken. Dies kann gerne per Post, per FAX oder als E-Mail erfolgen. Zur Terminvereinbarung melden wir uns bei Ihnen.

Bitte übersenden Sie uns die beigefügte Schweigepflichtentbindung zur Anforderung von fehlenden Arztbriefen oder weiteren Befunden

Zu dem Behandlungstermin im MZEB bitten wir Sie folgende Unterlagen mitzubringen.

- Überweisungsschein vom Haus-/Facharzt für die Behandlung im MZEB
- elektronische Gesundheitskarte, ggf. Bescheinigung der Zuzahlungsbefreiung
- Schwerbehindertenausweis
- Kopie der Betreuungsurkunde
- Vorbefunde/Arztbriefe/ Krankenhausberichte
- Liste der vorhandenen Hilfsmittel
- ggf. Allergieausweis

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. T. Oestmann

Angaben zu Ihrer Person (Patient)

Name:	Vorname:
Aktuelle Wohnanschrift:	
<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung ohne Betreuung <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung mit Betreuung <input type="checkbox"/> Elternhaus <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Besondere Wohnform (ehemals „Heim“)	
Geburtsdatum:	
Telefon (zur Terminvereinbarung):	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Eltern/Partner (Name):	
Telefon & E-Mail:	

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

nein ja

Name des gesetzlichen Betreuers:	
Adresse:	
Telefonnr. des gesetzl. Betreuers:	

Überweisender Haus- oder Facharzt

Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Fachrichtung:	

Krankenkasse
Zuzahlungsbefreit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____

Angaben zur Gesundheit

Warum kommen Sie zu uns ins Medizinische Zentrum?

Grund der Anmeldung?

- Somatische (körperliche) Beschwerden z. B.**
 - Schmerzen
 - Abführprobleme / Probleme bei der Blasen- und Stuhlentleerung
 - Ess- oder Ernährungsstörung
 - Hautprobleme
 - Krampfanfälle
 - Probleme mit der Atmung
 - Herzprobleme
 - Diabetes
 - Sonstige

- Psychische Beschwerden z. B.**
 - Verstimmungszustand/depressive Phasen/Suizidgedanken
 - Ängste
 - Zwänge / Stereotypen
 - Suchtprobleme
 - Sonstige

- Verhaltensauffälligkeiten z. B.**
 - Schreien
 - Auffälligkeiten im Kontaktverhalten
 - Fremd-/selbstverletzendes Verhalten, Sachbeschädigungen
 - Weglauftendenzen
 - Delinquentes Verhalten
 - Sonstige

Bitte beschreiben sie die aktuellen Probleme oder gesundheitlichen Beschwerden:

Welche Erkrankungen sind sonst noch bekannt?

Allergien/Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel)		
Allergie/Unverträglichkeit	Wie äußert sich diese (z. B. durch Hautrötung, Luftnot)	seit wann

Liegt eine Besiedelung mit multiresistenten Keimen vor?

- Nein
- Ja, welche und seit wann? _____

Vorangegangene Krankenhausaufenthalte /Operationen

Erfolgte bereits eine Betreuung im SPZ?

- Nein Ja

Patient:

Bei welchen Ärzten befinden Sie sich derzeit in Behandlung?

Fachrichtung	Name und Adresse	Wann zuletzt
<input type="checkbox"/> Hausarzt		
<input type="checkbox"/> Neurologie		
<input type="checkbox"/> Psychiatrie		
<input type="checkbox"/> Innere Medizin		
<input type="checkbox"/> Orthopädie		
<input type="checkbox"/> Urologie		
<input type="checkbox"/> HNO		
<input type="checkbox"/> Augenheilkunde		
<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde		
<input type="checkbox"/> Zahnarzt		
<input type="checkbox"/> Hautarzt		

Aktuelle Medikation:

Bitte Medikationsplan beifügen!

Aktuelle Therapien

Bisherige und aktuelle Therapien

Art der Therapie	seit wann	wie häufig (pro Woche)
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		

Mobilität

Aktueller Stand der Mobilität	vorhandene Hilfsmittel	seit wann
freies / selbstständiges Laufen möglich		
Spezielle Schuhe (z. B. Orthopädische)		
Orthesen		
Gehstützen (Unterarmgehstützen, Gehstock)		
Rollator		
Rollstuhl ohne Antriebshilfe		
Rollstuhl mit elektrischer Antriebshilfe		
Elektrorollstuhl		
Sonstige		

Liegt eine Hör- und Sehstörung vor?

	Vorhanden seit wann:	Welche:	Hilfsmittel:
Hörstörung			
Sehstörung			
Sonstige			

Wie verständigen Sie sich?

<input type="checkbox"/> Sprache (Worte, lange/kurze Sätze)	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel _____
<input type="checkbox"/> lautieren	
<input type="checkbox"/> Gebärden	<input type="checkbox"/> taktiles Gebärden
<input type="checkbox"/> Mimik – Körpersprache	<input type="checkbox"/> weitere Ausdrucksmöglichkeiten _____
<input type="checkbox"/> Ich kann mich durch kein erkennbares System zum Ausdruck bringen	

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, mit Grad der Behinderung (GdB) von _____%
Merkzeichen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> TBI	

Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?

Nein Ja, Pflegegrad 1 2 3 4 5

Wer hat beim Ausfüllen dieses Fragebogens mitgeholfen?
