

# Anmeldebogen

## Angaben zum Patienten

<b>Nachname:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>PLZ, Wohnort:</b>	<b>Straße, Hausnr.:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Mobil-Telefon:</b>
<b>Krankenkasse/ -versicherung:</b>	<b>Versicherungsnummer:</b>
<b>Kontaktdaten der Auskunftsperson (Angehöriger, gesetzl. Betreuer / päd. Assistent)</b>	

## Gesetzliche Betreuung

<b>Name/ Vornamen des gesetzl. Betreuers:</b>	
<b>Telefonnummer des gesetzl. Betreuers:</b>	
<b>Adresse des gesetzlichen Betreuers:</b>	

### Betreuungsbereiche:

- Gesundheitsfürsorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Vermögenssorg
- Vertretung vor Behörden/Einrichtungen
- Wohnungsangelegenheiten
- Postangelegenheiten

Bitte bringen sie ggf. eine Kopie der Bestellungsurkunde zum ersten Termin mit.

## Überweisender Haus- oder Facharzt

<b>Name:</b>	<b>Anschrift:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	<b>Fachrichtung:</b>

<b>Ist die Ursache der Behinderung bekannt? :</b>	
<b>Haben Sie einen Behindertenausweis?</b> <input type="checkbox"/> Ja	<b>GdB :</b>
<b>Ausstellungsdatum:</b>	<b>gültig bis:</b>

**Merkzeichen:**

<b>G</b> <input type="checkbox"/>	<b>aG</b> <input type="checkbox"/>	<b>H</b> <input type="checkbox"/>	<b>BI</b> <input type="checkbox"/>	<b>GI</b> <input type="checkbox"/>	<b>RF</b> <input type="checkbox"/>	<b>B</b> <input type="checkbox"/>	<b>TBI</b> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

**Angaben zur Gesundheit**

**Warum kommen Sie zu uns ins Medizinische Zentrum?  
Grund der Anmeldung?**

- Psychische Beschwerden**
- Verstimmungszustand / depressive Phasen / Suizidgedanken
  - Ängste
  - Zwänge / Stereotypen
  - Suchtprobleme
  - Sonstige
- Somatische (körperliche) Beschwerden (MZEB Würzburg) z. B.**
- Schmerzen
  - Abführprobleme / Probleme bei der Blasen- und Stuhlentleerung
  - Ess- oder Ernährungsstörung
  - Hautprobleme
  - Krampfanfälle
  - Probleme mit der Atmung
  - Herzprobleme
  - Diabetes
  - Sonstige
- Verhaltensauffälligkeiten z.B.**
- Schreien
  - Auffälligkeiten im Kontaktverhalten
  - Fremd- / selbstverletzendes Verhalten, Sachbeschädigungen
  - Weglauftendenzen
  - Delinquentes Verhalten
  - Sonstige

<b>Bitte beschreiben Sie die Probleme oder gesundheitlichen Beschwerden:</b>	
<b>Seit wann bestehen die Probleme?</b>	
<b>Bei welchen Ärzten / Therapeuten / Kliniken / SPZ erfolgte eine Behandlung?</b>	
<b>Welche Erkrankungen/ Diagnosen sind bekannt? Seit wann?</b>	

**Bestehen Unverträglichkeiten (z.B. Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, Allergien)?**

- Nein  
 Ja, welche und seit wann?

**Liegt eine Besiedelung mit multiresistenten Keimen vor?**

- Nein  
 ja welche und seit wann? \_\_\_\_\_

**Liegt eine Hör- oder Sehstörungen vor?**

	Vorhanden seit wann:	Welche:	Hilfsmittel:
<b>Sprech-/ Sprachstörung</b>			
<b>Hörstörung</b>			
<b>Sehstörung</b>			
<b>Sonstige</b>			

**Liegt eine körperliche Behinderung vor?**

	Vorhanden seit wann:	Welche:	Hilfemittel:
<b>Fehlbildungen der Knochen und / oder Gelenke</b>			
<b>Kontrakturen / Gelenkversteifungen</b>			
<b>Veränderungen der Gelenke oder Knochen</b>			
<b>Veränderungen der Skelettmuskulatur</b>			
<b>Veränderungen der Wirbelsäule</b>			
<b>Spastik</b>			
<b>Bewegungsstörungen</b>			
<b>Sonstige</b>			

**Medizinische Angaben**

<p><b>Welche Medikamente nehmen Sie ein?</b> (Name und Dosierung) <b>Wenn möglich schicken Sie uns eine aktuelle Medikamentenliste zu.</b></p>	
--	--

Beigefügt finden Sie eine Schweigepflichtentbindung, die wir brauchen, um etwa fehlende Arztbriefe etc. anfordern zu können.

Sobald der Aufnahmebogen und die Schweigepflichtentbindung bei uns eingegangen sind und ausgewertet wurden, melden wir uns bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

**Bringen Sie bitte beim ersten Termin folgende Unterlagen mit:**

- **Überweisung vom Haus- oder Facharzt (ohne Überweisung kann keine Behandlung stattfinden!)**
- **Versichertenkarte**
- **Kopie der Betreuungsurkunde**
- **Kopie des Schwerbehindertenausweises**
- **vorhandene Befundberichte (somatisch, psychisch, psychologisch)**
- **Liste der vorhandenen Hilfsmittel (Rollstuhl, Talker etc.)**

Unsere Räume sind barrierefrei, es steht ein rollstuhlgerechter Sanitärbereich zur Verfügung.

**Wenn Sie Fragen haben oder spezifische Bedarfe, melden Sie sich bitte bei uns - vieles lässt sich einrichten!**

**Wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen!**