

Anmeldebogen MZEB (Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistigen und / oder Mehrfachbehinderungen) Bremen

Angaben zur Person

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐

Adresse _____

Telefonnummern privat _____ mobil _____

Mailadresse _____

Krankenversicherung _____

Welche Muttersprache sprechen Sie? _____

Benötigen Sie für die Vorstellung im MZEB eine*n Dolmetscher*in ☐

Wenn ja, aus welcher Sprache soll übersetzt werden ? _____

Gebärdensprache? Ja ☐ Nein ☐

Bezugsperson, die ggf. Auskunft geben kann

Name _____

Telefonnummer _____

Welche*r Arzt/Ärztin hat Sie in das MZEB Bremen überwiesen?

Name des/der Arzt*in _____

Fachrichtung _____

Telefonnummer _____

Wurden Sie bereits in einem anderen MZEB behandelt?

Nein ☐ Ja ☐, in _____ Jahr/Quartal

Wie wohnen Sie?

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Besondere Wohnform | ☐ | Eigene Wohnung mit Betreuung | ☐ |
| Elternhaus | ☐ | Eigene Wohnung ohne Betreuung | ☐ |
| Wohngemeinschaft | ☐ | | |

Adresse der Wohneinrichtung _____

Telefonnummer der Wohneinrichtung _____

Gehen Sie einer Arbeit nach ? Wenn ja, wo ?

Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet? Ja ☐ Nein ☐

Name des/der gesetzlichen Betreuer*in _____

Telefonnummer des/der gesetzlichen Betreuer*in _____

Betreuungsbereiche

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Gesundheitsfürsorge | ☐ | Vertretung vor Behörden/Einrichtungen | ☐ |
| Aufenthaltsbestimmung | ☐ | Wohnungsangelegenheiten | ☐ |
| Vermögenssorge | ☐ | Postangelegenheiten | ☐ |

Bei welchen Ärzten/ Ärztinnen sind Sie noch in Behandlung?

Name der Arzt*innen _____

Fachrichtungen _____

Telefonnummern _____

Was ist Ihre Grunderkrankung?

Warum kommen Sie in das MZEB Bremen?

- Tut Ihnen etwas weh, bedrückt Sie etwas oder gibt es andere Gründe, warum Sie zu uns kommen möchten?
- Was ist das wichtigste gesundheitliche Problem? Seit wann besteht das Problem?

Welche Erkrankungen sind noch bekannt?

Diabetes ☐ Übergewicht ☐ Atemwegserkrankungen _____
Bluthochdruck ☐ Epilepsie ☐ Sonstiges/Weitere _____
Herzerkrankungen _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein ☐ Ja, mit Grad der Behinderung (GdB) von _____

Merkzeichen G ☐ aG ☐ H ☐ BI ☐ RF ☐ B ☐ TBI ☐

Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?

Nein ☐ Ja, Pflegegrad 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Welche Therapie/n bekommen Sie zurzeit? (Bitte mit Namen des/der Therapeut*in)

Ergotherapie ☐ _____ Sprach-/Sprechtherapie ☐ _____

Psychotherapie ☐ _____ Physiotherapie ☐ _____

Welche Hilfsmittel benutzen Sie?

Nehmen Sie häusliche Krankenpflege in Anspruch?

Wenn ja, von welchem Pflegedienst? _____