

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 Ärzt*in _____

Fachrichtung _____

Telefonnummer _____

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 Ärzt*innen _____

Fachrichtungen _____

Telefonnummern _____

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? _____