

## 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 \_\_\_\_\_

Herzkrankungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_