

**Medizinisches Zentrum Wittekindshof
- MZEB gem. § 119c SGB V -**

Pfarrer-Krekeler-Straße 15
32549 Bad Oeynhausen (Volmerdingsen)

Telefon (05734) 61-1211
Telefax (05734) 61-1212

medizin@wittekindshof.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir die Untersuchung in unserem Medizinischen Zentrum passend für Sie gestalten können, benötigen wir im Vorfeld einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und schicken uns den per Post oder E-Mail vor dem ersten Termin zu.

Für die Untersuchung benötigen wir außerdem Ihre Krankenkassenkarte und eine Überweisung Ihres Arztes / Ihrer Ärztin. Bitte bringen Sie diese Überweisung zum ersten Termin mit!

Angaben zur Person

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Telefonnummer: Krankenversicherung:
Adresse:

Name Bezugsperson, die ggf. Auskunft geben könnte:
(z.B. Angehöriger, gesetzl. Betreuer)
Telefonnummer:

Ist für Sie eine rechtliche Betreuung eingerichtet worden?

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

Betreuungsbereiche (bitte ankreuzen)

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

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

Welcher Arzt hat Sie ins Medizinische Zentrum überwiesen?

Eine Behandlung im Medizinischen Zentrum ist nur möglich, wenn eine Überweisung durch Ihren behandelnden Haus- oder Facharzt vorliegt.

Name des Arztes:

Fachrichtung:

Adresse des Arztes:

Telefonnummer des Arztes:

Warum kommen Sie zu uns ins Medizinische Zentrum?

Bei welchen Problemen und gesundheitlichen Einschränkungen sollen wir Ihnen helfen?

Grund der Anmeldung?

Somatische (körperliche) Beschwerden (z.B. Schmerzen ...)

Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Schreien, Zerstörung von Gegenständen, körperliche Angriffe, Selbstverletzung etc.)

Bitte beschreiben Sie die Probleme oder gesundheitlichen Beschwerden:

Seit wann bestehen die Probleme?

Bei welchen Ärzten/Therapeuten waren Sie wegen der Probleme schon in Behandlung?

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Ja

Nein

Gesamtgrad der Behinderung (GdB in %): %

Merkzeichen (bitte ankreuzen): raG rB rBl rG rGl rH rRF rT

Wie leben Sie?

bei den Eltern

selbständig in einer eigenen Wohnung

ambulant betreut in einer eigenen Wohnung

in einer Wohngemeinschaft

in einer Gastfamilie

stationär betreut in einer Wohngruppe

in einer andere Wohnform, und zwar:

Was machen Sie tagsüber?

Ich gehe zur Schule. In welche?

Ich arbeite in einem Betrieb. Wo genau?

Ich arbeite in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

Ich bin arbeitslos.

Ich bin arbeitsunfähig / vom Arzt krank geschrieben.

Ich besuche eine tagesstrukturierende Maßnahme. Welche?

Sonstiges

Bitte schicken Sie uns Kopien von Vorbefunden (Berichte von Ärzten oder Krankenhausaufenthalten) zusammen mit diesem Fragebogen zu, damit wir uns bereits im Vorfeld ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer gesundheitlichen Situation machen können.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des MZEBs sich weitere Informationen von meinen vorbehandelnden Ärzten einholen und den Abschlussbericht an den überweisenden Arzt schicken.

(Falls unzutreffend bitte streichen!)

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

(Falls eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde.)