

Aufnahmebogen Medizinisches Zentrum

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 diesen per Post oder E-Mail vor dem ersten Termin zu.

Dieser Fragebogen wurde von mir selbst ausgefüllt
 wurde ausgefüllt von: _____

Angaben zur Person

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Krankenversicherung:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		

Name Bezugsperson, die ggf. Auskunft
geben könnte:

Wie ist diese Person bekannt mit Ihnen:
(z.B. Angehörige, Mitarbeitende Wohnen, Betreuende)

Telefonnummer:

Adresse:

E-Mail:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Für diese Person benötigen wir eine Schweigepflichtsentbindung. Bitte füllen Sie das beigelegte Formular dafür aus.

Ist für Sie eine rechtliche Betreuung eingerichtet worden?

Name der*des gesetzl. Betreuer*in:

Telefonnummer der gesetzl. Betreuung:

Adresse der gesetzl. Betreuung:

E-Mail der gesetzl. Betreuung:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Betreuungsbereiche (bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Gesundheitsfürsorge | <input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="radio"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="radio"/> Vertretung vor Behörden/Einrichtungen | <input type="radio"/> Vermögenssorge | <input type="radio"/> Postangelegenheiten |

Bitte schicken Sie uns eine Kopie der Bestellsurkunde, wenn eine rechtliche Betreuung besteht.

Welche Ärztin bzw. welcher Arzt hat Sie ins Medizinische Zentrum überwiesen?

Eine Behandlung im Medizinischen Zentrum ist nur möglich, wenn eine Überweisung durch Ihre*n behandelnde*n Haus- oder Fachärzt*in vorliegt.

Name:

Fachrichtung:

Adresse:

Telefonnummer:

Warum kommen Sie zu uns ins Medizinische Zentrum?

Bei welchen Problemen und gesundheitlichen Einschränkungen sollen wir Ihnen helfen? Grund der Anmeldung?

- Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen...)
- Psychische Beschwerden (z.B. Ängste, Zwänge, soziale Schwierigkeiten...)
- Verhaltensbesonderheiten (z.B. Schreien, Zerstörung von Gegenständen, körperliche Angriffe, Selbstverletzung...)

Bitte beschreiben Sie die Schwierigkeiten oder gesundheitlichen Beschwerden möglichst konkret:

Seit wann bestehen die Probleme?

Bei welchen Ärzt*innen bzw. Therapeut*innen waren Sie wegen der Probleme schon in Behandlung?

**Benötigen Sie Beratung in für Sie wichtigen Bereichen (z.B. Arbeit, Mobilität, Kommunikation, Selbstversorgung und häusliches Leben oder anderes)?
In welchen?**

Welche weiteren Erkrankungen oder Behinderungen sind bei Ihnen schon bekannt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

Wenn der Platz hier nicht reicht, schreiben Sie auf der Rückseite weiter oder reichen die Stellliste ein.

Welche Hilfsmittel nutzen Sie regelmäßig, die Ihnen den Alltag erleichtern?

Wie verständigen Sie sich?

Sprechen Gebärden Gesten

mit Hilfsmitteln:

Gibt es Dinge, die Ihnen bei einem Arztbesuch Angst machen oder Unruhe auslösen?

Gibt es etwas, was erfahrungsgemäß Arztbesuche für Sie erleichtert?

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

- Nein Ja Gesamtgrad der Behinderung (GdB in %):
- Merkzeichen (bitte ankreuzen): raG rB rBl rG rGl rH rRF

Haben Sie einen Pflegegrad?

- Nein Ja Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Wie leben Sie?

- bei den Eltern in einer Wohngemeinschaft
- selbständig in einer eigenen Wohnung in einer Gastfamilie
- ambulant betreut in einer eigenen Wohnung stationär betreut in einer Wohngruppe
- in einer anderen 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 Menschen mit Behinderung (WfbM).
- Ich bin arbeitslos.
- Ich bin arbeitsunfähig / von Ärzt*in krank geschrieben.
- Ich besuche eine tagesstrukturierende Maßnahme. Welche?
- Sonstiges

Bitte schicken Sie uns folgenden Unterlagen zu:

- eine **Überweisung**
- diesen **Fragebogen**
- **Schweigepflichtsentbindung** für die angegebene Bezugsperson

und Kopien, sofern diese vorhanden sind, von:

- **Vorbefunden** (Berichte von Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen oder Krankenhausaufenthalten)
- **Bestellungsurkunde** der gesetzl. Betreuung

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Sobald wir alle Unterlagen erhalten haben, melden wir uns bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter*innen des MZEBs sich weitere Informationen von meinen vorbehandelnden Ärzt*innen einholen und den Abschlussbericht an den überweisenden Arzt bzw. die überweisende Ärztin schicken.

(Falls unzutreffend bitte streichen!)

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift gesetzliche*r Vertreter*in

(Falls eine gesetzliche Betreuung für den Bereich Gesundheit eingerichtet wurde.)