

Dr. med. Diethard Heimann
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Betriebsmedizin,
Gesundheitsförderung und Prävention und Coach
St.-Martin-Str. 33
56761 Düngeheim

Tel.: 02653-997804-0
Fax.: 02653-997804-9
eMail: anmeldung@mzeb-rlp-nord.de

www.mzeb-rlp-nord.de



Checkliste

Bei Anmeldung:

- Anmelde- bzw. Anamnesefragebogen MZEB
(unterschrieben)
- Schweigepflichtentbindung – Datenschutzerklärung
(unterschrieben)
- Kopie GdB-Ausweis (Schwerbehinderten-Ausweis)
- Kopie Zuzahlungsbefreiung/Gebührenbefreiung der
Krankenkasse
- Kopie Betreuer-Ausweis – Betreuer-Beschluss
- Alte Befunde bzw. Krankengeschichte
- Passfoto

Zum Termin:

- Überweisungsschein MZEB von Ihrem Haus- oder Facharzt
- Gesundheits-/Versichertenkarte



Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____
Geschlecht: w m

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße, Hausnr.: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Staatsangehör.: _____

Gesetzliche Betreuer *(falls vorhanden)*

Nachname: _____ Vorname: _____

PLZ, Ort: _____ Straße, Hausnr.: _____

Telefon: _____ Email / Fax: _____

Krankenkasse

Name: _____

PLZ, Ort: _____ Straße, Hausnr.: _____



Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? Ja Nein Grad: _____

Merkzeichen: _____

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung für das aktuelle Kalenderjahr vor? Ja Nein

Pflegegrad ist vorhanden? Ja Nein Pflegegrad: _____

Pflegerische Hilfe:

- Nein
- Ja, durch externe professionelle Hilfe
- Ja, durch Familienangehörige
- Ja, durch Familie und Pflegedienst

Diagnosen: *(Gesichert)*

Fragen zum kulturellen Hintergrund

Geburtsland (falls nicht Deutschland): _____ Staatsangehörigkeit: _____

1- Deutschkenntnisse: Ja Nein *(wenn Nein bitte Punkt 2 ausfüllen)*

2- Deutschkenntnisse der Angehörigen/Betreuer: Ja Nein *(wenn Nein bitte Punkt 3 ausfüllen)*

3- Wie wird eine gute Kommunikation im MZEB gewährleistet? _____



Wegen welcher Probleme suchen Sie aktuell Hilfe im MZEB RLP Nord?

(Stichworte - Verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt)

Welche Erkrankungen / Diagnosen / Operationen / Beeinträchtigungen sind bei Ihnen bekannt?

Erkrankung:	(Seit) wann:	Wo wurde diese gestellt?

Gibt es gleiche oder ähnliche Erkrankungen, wie sie bei Ihnen vorliegen, in Ihrer Familie?

Ja Nein

Art der Erkrankung in der Familie:	Bei wem?



Gibt es eine Verwandtschaftliche Beziehung Ihrer Eltern?

Ja Nein

Leiden Sie an Allergien und/oder Unverträglichkeiten (z. B. Latex, Nahrungsmittel, Medikamente)?

Liegt oder lag bei Ihnen eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen vor (z.B. MRSA)?

Nein Ja nicht getestet / nicht bekannt

Welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	Dosierung

Wie ist Ihr Impfstatus?

Vollständig Unvollständig Keine Impfungen erhalten Nicht bekannt



Welche Ärzte, medizinischen Einrichtungen und/oder Therapeuten behandeln Sie wegen Ihrer Erkrankungen?

	Name, Ort, Telefon
<input type="checkbox"/> Hausarzt	
<input type="checkbox"/> Neurologie (auch EEG)	
<input type="checkbox"/> Urologie	
<input type="checkbox"/> Innere Medizin	
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	
<input type="checkbox"/> Orthopädie	
<input type="checkbox"/> Psychiatrie	
<input type="checkbox"/> HNO	
<input type="checkbox"/> Radiologie	
<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	
<input type="checkbox"/> Gynäkologie	
<input type="checkbox"/> Zahnarzt	
<input type="checkbox"/> Dermatologie	
<input type="checkbox"/> Sonstige	

Waren Sie bereits in einem SPZ oder in einem anderen MZEB in Behandlung?

Nein Ja Wenn ja, wann? _____ Wo? _____



Bisherige und aktuelle Therapien:

Art der Therapie?	Name, Ort der Therapeuten	Wie oft pro Woche
<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Logopädie		
<input type="checkbox"/> Sonstige		

Welche Hilfsmittel sind verfügbar?

Art des Hilfsmittels	Seit wann (Jahr)?	Versorger (Sanitätshaus, Orthopädietechnik etc.)	Bestehen Probleme Ja/Nein

Wie bewerten Sie Ihr soziales Netzwerk (Familie, Partnerschaft, Freunde, Ortsgemeinde, Glaubensgemeinschaft, Verein, Arbeitsleben)?

Sehr gut/gut Befriedigend Mangelhaft Sehr unbefriedigend

Wie leben Sie? (Wohnform)

- Bei den Eltern/Betreuer
- Partnerschaft
- In der eigenen Wohnung
- Ambulant betreutes Wohnen
- Stationäres betreutes Wohnen

Welche Einrichtung? _____



Gibt es aktuelle Veränderungen in Ihrem Wohnumfeld?

Nein Ja Wenn ja, welche und wann? _____

Haben Sie persönliche Unterstützung- Assistenzen?

Im Alltag Am Arbeitsplatz Sonstiger Bereich Wohnen

Gibt es aktuelle Veränderungen mit Ihren Assistenzpersonen?

Nein Ja Wenn ja, welche und wann? _____

Welche Schulform haben Sie besucht / Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

Aktuelle Situation im Beruf/Arbeitsleben?

arbeitsfähig arbeitsunfähig Arbeitsfähigkeit gefährdet
 Allgemeiner Arbeitsmarkt WfbM TAF Rentner

Gibt es aktuelle Veränderungen im Berufs-/Arbeitsleben oder in der Tagesgestaltung (TAF)

- Positiv erscheinende Veränderungen im Arbeitsleben?
- Negativ erscheinende Veränderungen im Arbeitsleben?
- Veränderung der Leistungsfähigkeit?
- Hinweise für Überforderung?
- Probleme auf dem Weg zur Arbeit?
- Probleme mit Vorgesetzten oder Kollegen?
- Sonstiges



In welchen gesundheitlichen Bereichen bestehen AKTUELL Probleme?

Ja, Problem vorhanden (ankreuzen)	Mögliche gesundheitliche Problembereiche	Hilfe durch MZEB erwünscht (ankreuzen)
<input type="checkbox"/>	Kommunikation Verstehen und Ausdrücken (Sprechen, Laute, Gesten) Fähigkeiten mit Telefon / PC / Medien, auch Notruf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilität Grundfunktionen: Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit Probleme mit Mobilität: Sitz, Gang, Stand, Transfer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Verhalten Verhaltensregulation, Aggressivität, Impulskontrolle, Unruhe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gemütslage Stimmung, Depression, Angst, Panik	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sinnesfunktionen: Sehen, Hören, Schmecken, Riechen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Selbstwahrnehmung der Probleme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Allgemeine Hirnleistungsfunktionen zum Beispiel Aufmerksamkeit (Wachheit), Gedächtnis/Merkfähigkeit/ Lernen, Orientierung, Planungsfähigkeit und z.B. Antrieb	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Allgemeine Aktivitäten des täglichen Lebens Aufgaben bewältigen, Aktivitäten des täglichen Lebens, Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Komplexere Lebensaufgaben eigene Lebensführung, Unabhängigkeit, Gesundheitsversorgung- Medikamentenversorgung bewältigen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nahrungsaufnahme, Kauen und Schlucken, Appetit, Essgewohnheiten, Gewichtskontrolle, Flüssigkeitskontrolle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ausscheidungsfunktion Blase	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ausscheidungsfunktion Darm	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schlaf und Erholung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problem mit Haut, Haaren, Schweißproduktion	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bereich Sexualität	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Regelblutung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Verhütung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Spezielle Organsysteme: Atmung und Atmungsorgane Herz-Kreislauforgane Niere Stoffwechsel, Darm Hormonsysteme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gibt es Problembereiche im sozialen Leben, Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Freizeit?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

X

Datum, Ort und Unterschrift des Patienten bzw. der berechtigten Betreuungsperson

(Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter / Betreuer)



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, (Name des Patienten, gesetzlicher Vertreter oder Betreuer)

_____ geb. am: _____ wohnhaft in _____

Frau/Herrn/Praxis/Einrichtung /Klinik _____

– soweit erforderlich – von der Schweigepflicht gem. § 203 StGB, § 5 DSGVO und § 78 Abs. 2 SGB gegenüber den behandelnden Ärzten/Therapeuten des MZEB RLP Nord.

Die Schweigepflichtentbindung dient den Ärzten und Mitarbeitenden der MZEB Rheinland-Pfalz Nord gGmbH sich über folgende Unterlagen/Schriftstücke

- Befunde der Untersuchung vom _____
- Röntgenbild _____
- Arztbrief vom _____
- Sonstige _____

auszutauschen und über eigene Befunde zu berichten.

Dies dient dem Zweck:

- der Kenntnisnahme von Vorbefunden
- der Weiterbehandlung durch das MZEB RLP Nord
- der Nachbehandlung
- der Beratung
- Sonstige _____

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung freiwillig erteile und sie zu jeder Zeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

X

Datum, Ort und Unterschrift des Patienten bzw. der berechtigten Betreuungsperson

(Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter / Betreuer)



- Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Betreuungsberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass die/der o. g. Patientin/Patient im MZEB RLP Nord zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.
- Mit meiner/unserer Unterschrift/en erkläre ich/erklären wir für die Patientin/den Patienten betreuungsberechtigt zu sein und auch im Namen einer etwaig weiteren betreuungsberechtigten Person rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen und dass diese mit der Anmeldung im MZEB RLP Nord einverstanden ist. Änderungen die Betreuungsberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem MZEB RLP Nord umgehend mit.

X

Datum und Unterschrift des Patienten bzw. der berechtigten Betreuungsperson

(Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter / Betreuer)

HINWEIS:

Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung im MZEB RLP Nord aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Falls eine Pflegschaft oder Betreuung vorliegt, legen Sie bitte die Bestellsurkunde bei und tragen Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Betreuungsrechts ein.

Wir bitten Sie vorab oder spätestens zum ersten Termin folgende Dinge mitzubringen:

Checklist:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Anmelde-/Anamnesebogen (Unterschrieben) | <input type="checkbox"/> | Betreuerausweis (sofern vorhanden) | <input type="checkbox"/> |
| Schweigepflichtentbindung (Unterschrieben) | <input type="checkbox"/> | Alte Befunde des Krankheitsverlaufes | <input type="checkbox"/> |
| Datenschutzerklärung (Unterschrieben) | <input type="checkbox"/> | Schulzeugnis | <input type="checkbox"/> |
| Überweisungsschein von Ihrem Arzt | <input type="checkbox"/> | Passbild | <input type="checkbox"/> |
| Versichertenkarte | <input type="checkbox"/> | | |
| Schwerbehinderten Ausweis | <input type="checkbox"/> | | |
- (Nach Sichtung erhalten Sie alle Unterlagen zurück)

Medizinisches Zentrum für Erwachsene
mit Behinderung RLP Nord gGmbH
St.-Martin-Str. 33 - 56761 Dungenheim
Tel. +49 (0) 2653 99 78 04 - 0
Fax +49 (0) 2653 99 78 04 - 9
anmeldung@mzeb-rlp-nord.de
www.mzeb-rlp-nord.de

Wir danken Ihnen für die Anmeldung im MZEB Rheinland-Pfalz Nord.