

MZEB RLP Nord gGmbH, Andernacher Straße 70, 56564 Neuwied



Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit
Behinderung Rheinland-Pfalz Nord gGmbH
Andernacher Straße 70
56564 Neuwied

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit
Behinderung Rheinland-Pfalz Nord gGmbH

Telefon: 02631/943046-0
Telefax: 02631/943046-30
Email: zentrale@mzeb-rlp-nord.de
Internet: www.mzeb-rlp-nord.de

ANMELDUNG IM **MZEB RHEINLAND-PFALZ NORD**

Liebe Patientin, lieber Patient,
um sich im Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung Rheinland-Pfalz Nord (MZEB RLP Nord) anzumelden, beachten Sie bitte die nachfolgenden Schritte:

- Schritt 1:** Bitte drucken Sie den nachfolgenden **Anmeldebogen** aus, **füllen ihn handschriftlich** (in Druckbuchstaben) aus und **unterschreiben** ihn.
- Schritt 2:** Bitte senden Sie den **Anmeldebogen** per Post an oben genannte Adresse.
- Schritt 3:** Sobald uns Ihre Unterlagen vorliegen, werden **wir** uns mit Ihnen bezüglich der **Terminvereinbarung** in Verbindung setzen.

WICHTIGE INFORMATION

Bitte bringen Sie **zum Termin im MZEB RLP Nord** einen **Überweisungsschein** in Papierform Ihres Arztes (Fachrichtung: MZEB) und Ihre **Elektronische Gesundheitskarte** mit.
Nur wenn Sie uns **beides** vorlegen, ist eine Behandlung möglich.



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.: _____

Bitte legen Sie eine Kopie der Versichertenkarte bei.



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 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Herz-Kreislauforgane | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Niere | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Stoffwechsel, Darm | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Hormonsysteme | <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)



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten (Art.9 Abs.2a DSGVO)

-Leichte Sprache-

| Vorname, Name, | Geburtsdatum, | Adresse |
|----------------|---------------|---------|
|----------------|---------------|---------|

Ich erlaube dem MZEB-RLP-Nord, meine Patienten Informationen aufzuschreiben.
Das MZEB darf auch mit meinen Daten arbeiten.

Mir wurde ein Informations Blatt zum Datenschutz gegeben.
Ich durfte auch Fragen stellen wie zum Beispiel:

- Was sind das für Informationen?
- Welche Informationen sind das?
- Was passiert mit den Informationen?
- Kann man das verbieten?
- Wer ist im MZEB Verantwortlich für meine Informationen?

Ich kreuze an, was ich dem MZEB erlaube:

- Das MZEB darf Informationen von alten Untersuchungen und alten Behandlungen bei meinen Ärzten und Therapeuten und Einrichtungen bekommen. Diese Informationen darf das MZEB sich anschauen und speichern.

Wer darf meine Informationen vom MZEB bekommen.

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ärzte | <input type="checkbox"/> Als Email |
| <input type="checkbox"/> Therapeuten | <input type="checkbox"/> Als Email |
| <input type="checkbox"/> Einrichtungen | <input type="checkbox"/> Als Email |

- Das MZEB darf an meine Email Adressen wichtige Informationen schicken, die nicht jeder lesen darf.

Meine E-Mailadresse ist: _____

Das MZEB hat mir gesagt, dass das Verschicken von Emails unsicher ist und manchmal Leute mitlesen können, die das gar nicht lesen sollen.

Das MZEB hat mir gesagt, dass ich immer sagen darf, dass ich das nicht möchte.

Das MZEB hat mir gesagt, was geschieht, wenn ich das nicht möchte.

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) | |

Für Auskünfte erreichen Sie uns unter **02631 943046-0**
oder per E-Mail: zentrale@mzeb-rlp-nord.de

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