St. Martin-Str. 33
56761 Düngenheim
Tel.: 02653-997804-0
Fax.: 02653-997804-9
eMail: anmeldung@mzeb-rlp-nord.de

www.mzeb-rlp-nord.de

MZEB RLP NORD MAYEN-DÜNGENHEIM

Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: w☐ m☐

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße, Hausnr.: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Gesetzliche Betreuer *(falls vorhanden)*

Nachname: _____ Vorname: _____

Adresse/Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse

Name: _____

Versichertennummer: _____ **IK Nummer:** _____

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)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

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

☐ Ja ☐ Nein

Art der Erkrankung in der Familie:	Bei wem?

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

Welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	**Dosierung**

Medikament	Dosierung

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

	Name, Ort, Telefon
☐ Hausarzt	
☐ Neurologie (auch EEG)	
☐ Urologie	
☐ Innere Medizin	
☐ Neurochirurgie	
☐ Orthopädie	
☐ Psychiatrie	
☐ HNO	
☐ Radiologie	
☐ Augenheilkunde	
☐ Gynäkologie	

☐ Zahnarzt	
☐ Dermatologie	
☐ Sonstige	

Bisherige und aktuelle Therapien:

Art der Therapie?	Name, Ort der Therapeuten	Wie oft pro Woche
☐ Physiotherapie		
☐ Ergotherapie		
☐ Logopädie		
☐ Sonstige		

Welche Hilfsmittel sind verfügbar?

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

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

Aktuelle Situation im Beruf/Arbeitsleben?

☐ arbeitsfähig ☐ arbeitsunfähig ☐ Arbeitsfähigkeit gefährde
☐ 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)*
☐	**Kommunikation** Verstehen und Ausdrücken (Sprechen, Laute, Gesten) Fähigkeiten mit Telefon / PC / Medien, auch Notruf	☐
☐	**Mobilität** Grundfunktionen: Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit Probleme mit Mobilität: Sitz, Gang, Stand, Transfer	☐
☐	**Verhalten** Verhaltensregulation, Aggressivität, Impulskontrolle, Unruhe	☐
☐	**Gemütslage** Stimmung, Depression, Angst, Panik	☐
☐	**Sinnesfunktionen**: Sehen, Hören, Schmecken, Riechen	☐
☐	**Schmerzen**	☐
☐	**Selbstwahrnehmung der Probleme**	☐
☐	**Allgemeine Hirnleistungsfunktionen** zum Beispiel Aufmerksamkeit (Wachheit), Gedächtnis/Merkfähigkeit/ Lernen, Orientierung, Planungsfähigkeit und z.B. Antrieb	☐
☐	**Allgemeine Aktivitäten des täglichen Lebens** Aufgaben bewältigen, Aktivitäten des täglichen Lebens, Stressbewältigung	☐
☐	**Komplexere Lebensaufgaben** eigene Lebensführung, Unabhängigkeit, Gesundheitsversorgung- Medikamentenversorgung bewältigen	☐

☐
☐
☐
☐

☐	**Nahrungsaufnahme**, Kauen und Schlucken, Appetit, Essgewohnheiten, Gewichtskontrolle, Flüssigkeitskontrolle	☐
☐	**Ausscheidungsfunktion Blase**	
☐	**Ausscheidungsfunktion Darm**	
☐	**Schlaf und Erholung**	
☐	**Problem mit Haut, Haaren, Schweißproduktion**	
☐	**Bereich Sexualität**	
☐	**Regelblutung**	
☐	**Verhütung**	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Spezielle Organsysteme:** Atmung und Atmungsorgane Herz-Kreislauforgane Niere Stoffwechsel, Darm Hormonsysteme	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐	**Gibt es Problembereiche im sozialen Leben, Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Freizeit?**	☐
☐	Sonstiges:	☐

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.

Ich kann jederzeit ein Informationsblatt zum Datenschutz erhalten.
- 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.

☐ Ärzte	☐ Als Email
☐ Therapeuten	☐ Als Email
☐ Einrichtungen	☐ 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 betreuungsberechtig 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 Bestellungsurkunde bei und tragen Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Betreuungsrechts ein.

Wir bitten Sie vorab oder spätestens 10 Tage vor dem ersten Termin folgende Dinge vorzulegen:

- Anmelde- bwz. Anamnesefragebogen MZEB (unterschrieben)
- Schweigepflichtentbindung – Datenschutzerklärung (unterschrieben)
- Kopie GdB-Ausweis (Schwerbehinderten-Ausweis, Vorder- + Rückseite)
- Kopie Zuzahlungsbefreiung/Gebührenbefreiung der Krankenkasse, wenn vorhanden
- Kopie Betreuer-Ausweis – Betreuer-Beschluss
- WICHTIG: Alte Befunde bzw. Krankengeschichte
- Passfoto, möglich, aber nicht zwingend erforderlich

Zum Termin:

- Überweisungsschein an: MZEB von Ihrem Haus- oder Facharzt (Daher dürfen nur ausgestellte Überweisungsscheine an MZEB angenommen werden, bitte bei der Anforderung, den Hausarzt informieren.)
- Gesundheits-/Versichertenkarte

Bitte beachten Sie, nur ein **korrekt ausgefüllter Fragebogen,** mit Befundberichten der Krankengeschichte, kann bei der Terminvergabe berücksichtigt werden.

Für Auskünfte erreichen Sie uns unter 02653-9978040 oder per E-Mail: anmeldung@mzeb-rlp-nord.de

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