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

Andernacher Str. 70, 56564 Neuwied
Tel.: 02631-943046-0
Fax: 02631-943046-30
eMail: zentrale@mzeb-rlp-nord.de
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: _____

Verhältnis zum Klienten: _____

Krankenkasse

Name: _____

PLZ, Ort: _____ Straße, Hausnr.: _____

Bitte unbedingt dem Anmeldebogen beilegen:

- **Kopie Versichertenkarte**
- **Kopie Betreuerausweis / Vorsorgevollmacht**
- **Kopie Schwerbehindertenausweis**
- **Kopien vorliegender Befunde und Berichte**

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 einen 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?

Medikamen	Dosierun

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
☐ Hausarzt	
☐ Neurologie (auch EEG)	
☐ Urologie	
☐ Innere Medizin	
☐ Neurochirurgie	
☐ Orthopädie	
☐ Psychiatrie	
☐ HNO	
☐ Radiologie	
☐ Augenheilkunde	
☐ Gynäkologie	
☐ Zahnarzt	
☐ Dermatologie	
☐ 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
☐ Physiotherapie		
☐ Ergotherapie		
☐ Logopädie		
☐ 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)*
☐	**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.

Mir wurde ein Informationsblatt 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.

☐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 zum ersten Termin folgende Dinge mitzubringen:

- **Überweisungsschein vom Hausarzt bitte immer an Fachrichtung MZEB**
- **Versichertenkarte**
- **Schwerbehindertenausweis**
- **Befunde, die uns noch nicht vorliegen**

Bei Fragen 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.

MZEB RLP Nord gGmbH
Andernacher Straße 70
56564 Neuwied
Geschäftsführung: Prof. Dr. Andreas Koch, Markus Wagener

Sparkasse Neuwied
IBAN: DE05 574 501 20 0030270219
BIC: MALADE51 NWD

Amtsgericht Montabaur
HRB 25095
Steuernummer: 32/660/50165
IK 270703157

MZEB RLP Nord gGmbH, Andernacher Str. 70, 56564 Neuwied

MZEB
RLP NORD
NEUWIED

Andernacher Str. 70, 56564 Neuwied
Tel.: 02631-943046-0
Fax: 02631-943046-30

eMail: zentrale@mzeb-rlp-nord.de
www.mzeb-rlp-nord.de

Liebe BesucherInnen des MZEB's,

um es uns bei der Zuordnung der Klienten, beim Versenden der Briefe oder der Kontaktaufnahme einfacher zu machen, bitten wir Sie, diesen Bogen für uns auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Team vom MZEB

Name und Vorname Klient:	
Einrichtung:	
Gruppe/Haus:	
Telefon/FAX:	
Email:	
Bezugsbetreuer/ Ansprechpartner:	