

Anmeldebogen - Bitte ausgefüllt an uns zurück senden.

Standort Neustadt/Trachau

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung

Leitung: OÄ Dr. med. K. Lotter

Städtisches Klinikum Dresden
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Technischen Universität Dresden
Industriestraße 40
01129 Dresden

Telefon: 0351 856-3801

Telefax: 0351 856-3806

E-Mail: mzeb@klinikum-dresden.de

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

männlich weiblich divers

Anschrift:

Telefon-Nummer:

Mobil-Nummer:

E-Mail-Adresse:

Krankenkasse:

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

Ja Nein

Name, Vorname:

Telefon-Nummer:

E-Mail:

Anschrift:

Betreuungsbereiche:

alle Angelegenheiten

Gesundheit

Vertretung bei Behörden

Post-Angelegenheiten

Vermögen/ Geld

Wohnungs-Angelegenheiten

Aufenthalt

Welche Person kann noch Auskunft geben?

(zum Beispiel Angehöriger, gesetzlicher Betreuer, persönlicher Assistent)

Name, Vorname:

Telefon-Nummer:

Welche Art der Behinderung besteht?

Körperlich Geistig Seelisch Sehen Hören Sprache/Sprechen

Wurde eine Schwerbehinderung anerkannt?

Ja Nein

Grad der Behinderung: %

gültig bis:

Merkzeichen: G

aG

H

BI

GI

TBI

Wurde ein Pflege-Grad festgestellt?

Ja, Pflege-Grad:

Nein

Wie wohnen Sie?

eigene Wohnung

eigene Wohnung mit ambulanter Begleitung/ ABW

bei den Eltern/ Angehörigen

Wohn-Gemeinschaft

besondere Wohnform (Wohnheim):

Was tun Sie tagsüber?

Schule:

Werkstatt:

Betrieb:

Tagesgruppe/ Förder-Bereich:

ohne Beschäftigung

krank

Warum möchten Sie zu uns ins MZEB kommen?

Welche Grund-Erkrankungen haben Sie? Welche Diagnosen wurden gestellt?

Welche aktuellen Anliegen haben Sie an uns?

Tut Ihnen etwas weh? Bedrückt Sie etwas? Wünschen Sie Beratung zu Hilfsmitteln?

Seit wann haben Sie diese Probleme?

Welcher Arzt überweist Sie zu uns? (Bitte geben Sie Namen und Ort an.)

Bei welchen Ärzten sind Sie in Behandlung? (Bitte geben Sie Namen und Ort an.)

- Hausarzt/ Internist:
- Neurologe:
- Orthopäde:
- Augenarzt:
- Zahnarzt:
- Gynäkologe/ Urologe:
- Zahnarzt:
- Weitere:

Haben Sie Therapien?

- Physiotherapie Logopädie Ergotherapie Psychologe

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

| Medikament | Dosierung |
|------------|-----------|
| | |
| | |
| | |

Wie mobil sind Sie?

- Freies Laufen möglich Laufen mit Hilfsmitteln Rollstuhl-Fahrer

Bemerkungen (zum Beispiel beim Transfer oder extra-großer Rollstuhl):

Worauf müssen wir beim Sprechen mit Ihnen beachten?

Ich kann gut sprechen und verstehen.

Ja

Nein

Ich brauche Hilfsmittel (einfache Sprache, Bilder, Gebärden, Talker)

Ja

Nein

Ich brauche einen Dolmetscher Ja, Sprache:

Nein

Worauf sollen wir im Umgang mit Ihnen achten?

Haben Sie eine Infektions-Krankheit? Oder sind bei Ihnen multi-resistente Keime bekannt?
(zum Beispiel MRSA, VRE, MRGN3, MRGN4):

Ja

Nein

Die Patienten-Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Bitte bringen Sie zum 1. Termin folgende Unterlagen mit:

- Überweisungsschein zum „MZEB“ vom Hausarzt oder einem Facharzt
- Schwerbehinderten-Ausweis
- Krankenversicherungs-Karte
- Betreuungs-Verfügung
- medizinische Befunde (zum Beispiel Entlassungsberichte vom Krankenhaus/ Reha-Klinik, EEG, Medikamenten-Verordnung)

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr MZEB-Team