

Sehr geehrte Patienten<sup>1</sup>, gesetzliche Betreuer, Angehörige und Einrichtungsmitarbeiter, bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um diesen Anmeldebogen soweit wie möglich auszufüllen. Wir benötigen diese Vorinformationen, um uns auf Ihren Besuch in unserem medizinischen Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB) vorbereiten zu können. Anbei finden Sie weitere Formulare. Wie Sie mit diesen umgehen, erläutern wir Ihnen hier: Bitte senden Sie uns folgende Formulare mit dem Anmeldebogen zurück, soweit diese auf Sie zutreffen:

- die Einverständniserklärung für die Behandlung im MZEB Ingolstadt,
- die Einverständniserklärung für Foto- und Videoaufnahmen im MZEB Ingolstadt,
- die medizinische/therapeutische Schweigepflichtentbindung gegenüber Dritten,
- die Schweigepflichtentbindung gegenüber der jeweiligen Krankenkasse zur Weitergabe der Kopie des Schwerbehindertenausweises,
- die Freigabe zur Zusendung von Behandlungsunterlagen sowie
- Kopien von Arztbriefen, Befunden, Diagnosestellungen, etc.

Füllen Sie die Formulare bitte vollständig aus und unterschreiben Sie diese, soweit Sie dafür ermächtigt sind.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen und die weiteren Unterlagen postalisch oder auch gern per E-Mail oder Fax zurück an:

ProNobis Ingolstadt gGmbH  
MZEB Ingolstadt  
Am Westpark 1  
85049 Ingolstadt  
[info@pronobis-in.de](mailto:info@pronobis-in.de)  
Fax: 0841/13804939

Nachdem wir Ihre Unterlagen ausgewertet haben, melden wir uns schriftlich oder telefonisch bei Ihnen, um einen Termin zu vereinbaren.

Bitte legen Sie Ihrem überweisenden Arzt die Arztinformation zur Überweisung an das MZEB Ingolstadt und das Muster des Überweisungsscheines 06 vor.

Was Sie am Tag der Behandlung mitbringen müssen, entnehmen Sie bitte der beigegefügt Checklist. Diese soll Ihnen Sicherheit bieten und verbleibt bei Ihnen.

Herzlichen Dank,  
Ihr Ingolstädter MZEB-Team

Datenschutzhinweis (§ 22 BDSG, § 67a SGB X): Die Erhebung von personenbezogenen Daten ist zur Durchführung nicht-ärztlicher Leistungen nach § 119c SGB V und § 43b SGB V erforderlich. Die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das MZEB Ingolstadt bilden § 67a SGB X in Verbindung mit § 119c Abs.2 SGB V.

---

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird auf die Nennung der weiblichen und diversen Form verzichtet.

Name ausfüllende Person:

Datum:

Bezug zum Patienten:

Telefon für Rückfragen/Terminvereinbarung:

Wann sind Sie am besten erreichbar?

## 1. Persönliche Daten des Patienten

Name:

Vorname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift/Einrichtung (Adresse, ggf. Name Bezugsbetreuer):

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Krankenkasse:

Zuzahlungsbefreiung:

nein

ja, bis:

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung im Bereich der Gesundheitsfürsorge?

nein

ja

Name:

Vorname:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Für die Behandlung des Patienten im MZEB Ingolstadt ist das Einverständnis des gesetzlichen Betreuers mit dem Aufgabenkreis „Gesundheitsfürsorge“ zwingend erforderlich. Bitte füllen Sie bzw. lassen Sie hierzu das Formular „Einverständniserklärung zur Behandlung im MZEB Ingolstadt“ aus bzw. ausfüllen und fügen die Kopie des aktuellen Betreuerausweises bei.

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein

ja

ausgestellt am:

gültig bis:

Höhe des Grades der Behinderung (GdB):

Merkzeichen:

G

aG

H

Bl

Gl

RF

B

TBl

Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?

nein

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Der Pflegegrad gilt ab:

und ist gültig bis:

.

Wie wohnen Sie derzeit?

Elternhaus

eigene Wohnung

ambulant betreutes Wohnen

besondere Wohnform nach SGB XII

Pflegeheim nach SGB XI

Benötigen Sie eine persönliche Assistenz?

nein

ja, in folgenden Lebensbereichen:

2. Übersicht Ihrer Ärzte

Wer ist Ihr überweisender Arzt/Ihre überweisende Einrichtung?

**(Bitte geben Sie die „Arztinformation zur Überweisung an das MZEB Ingolstadt“ an Ihren Arzt weiter.)**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Bei welchen Ärzten/medizinischen Einrichtungen befinden Sie sich bereits zur Diagnostik/Therapie?

(Bitte bringen Sie die jeweiligen Arzt- und/oder Therapiebriefe mit zu Ihrem Termin bei uns.)

Fachrichtung	Name und Adresse
Allgemeinmedizin/ Hausarzt	
Neurologie	
Psychiatrie	
Innere Medizin	
Orthopädie	
Gynäkologie/Urologie	
Zahnarzt	
Weitere:	

Art der Therapie	Praxis	seit wann	wie häufig (pro Woche)
Physiotherapie			
Ergotherapie			
Logopädie			
Psychotherapie			
Weitere:			

Wurden Sie bereits in einem SPZ behandelt?

nein          ja, am:          in:

Wurden Sie bereits in einem anderen MZEB behandelt?

nein          ja, am:          in:

3. Angaben zu Ihrer Gesundheit/medizinische Angaben

Was führt Sie zu uns?

Geht es Ihnen plötzlich schlechter, haben Sie Schmerzen oder gibt es andere Gründe, aus denen Sie ins MZEB Ingolstadt kommen möchten? (ggf. weiteres Blatt benutzen)

Wie groß sind Sie?

Wie viel wiegen Sie?

Ich habe Angst vor Ärzten/medizinischen Untersuchungssituationen.

nein

ja, diese wird ausgelöst durch (z.B. weißer Kittel, Spritzen):

Ich verliere meine Angst, wenn (mögliche Maßnahmen zur Vertrauensbildung beschreiben):

Wie heißt Ihre Grunderkrankung (Hauptdiagnose)?

Welche Beeinträchtigungen hat Ihre Grunderkrankung zur Folge (ggf. Nebendiagnosen)?

akute/chronische Schmerzen

psychische, emotionale, psychosoziale Probleme

Bewegungsstörungen

Sprach- und/oder Sprechstörungen

epileptische Anfälle

Störungen der emotionalen Entwicklung

Ess-/Trink-/Schluckstörungen

Störungen der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten

Gelenkversteifungen/Kontrakturen

Störungen der Motorik/Spastik

Hautschädigungen/Druckstellen

Verhaltensauffälligkeiten

psychische Beeinträchtigung

Welche Beeinträchtigung haben Sie, die nicht genannt sind?

Welche weiteren Erkrankungen haben Sie?

absaugpflichtige Trachealkanüle

Diabetes mellitus, Typ:

Atemwegserkrankung

Infektionskrankheit:

Autoimmunerkrankung:

Osteoporose

Blutdruck, zu hoch (Hypertonie)

Stoffwechselerkrankung:

Blutdruck, zu niedrig (Hypotonie)

Andere:

Bestehen bei Ihnen ärztlich diagnostizierte Unverträglichkeiten oder Allergien?

nein                      ja

Wenn ja, welche und seit wann:

Wie kommunizieren Sie mit anderen Menschen?

Lautsprache (Worte, Sätze, etc.)

Schriftsprache

Gebärdensprache

taktiler Gebärden

Lautieren

Mimik (Bsp. Blinzeln)

gestützte Kommunikation

mit Symbolkarten (METACOM, TEACCH, etc.)

mit Hilfsmittel(n):

mit anderen Möglichkeiten:

Fremde Menschen verstehen meine Kommunikation nicht.

Wie bewegen Sie sich fort?

ohne Hilfsmittel

gehend, mit Hilfsmittel:

Aktivrollstuhl (selbstständig)

Pflegerollstuhl (mit Assistenz)

E-Rollstuhl

Ich benötige z.B. einen Lifter/eine Aufstehhilfe zum Umsetzen.

Welche Hilfsmittel benötigen Sie?

Art des Hilfsmittel	seit wann	Hilfsmittelversorger

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig/dauerhaft?

Bitte bringen Sie, wenn vorhanden, das Verordnungs-/Medikationsblatt mit.

Medikament (z.B. Carbamazepin)	Dosis (z.B. 500 mg)	morgens	mittags	abends	nachts

Welche Medikamente nehmen Sie im Bedarfsfall?

Bitte bringen Sie, wenn vorhanden, das Verordnungs-/Medikationsblatt mit.

Medikament (z.B. Diazepam)	Dosis (z.B. 100mg)	Indikation (z.B. bei Grand Mal nach 5 Minuten ohne Bewusstsein)

Wünschen Sie eine spezifische Beratung in für Sie wichtigen Bereichen?

(Bsp.: Lebenssituation, Sexualität, Kommunikation, Palliative Beratung, etc.)