

Sehr geehrte Damen und Herren,

für unsere Vorbereitung und Terminplanung benötigen wir Angaben zur Krankheitsvorgeschichte, alle relevanten Vorbefunde und Informationen zur aktuellen Umgebungssituation.

Falls die Anregung zur Vorstellung im MZEB nicht von Ihrem Hausarzt ausgeht, besprechen Sie bitte mit ihm, ob er diese Untersuchung ebenfalls für erforderlich hält.

**Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu:**

- Anmeldebogen MZEB – vollständig ausgefüllt !
- Kopien relevanter Vorbefunde (früherer Untersuchungen oder Therapieberichte)
- Schweigepflichtsentbindung
- Kopie des Betreuerausweises
- Kopie Schwerbehindertenausweis

**Sobald diese Unterlagen bei uns eingegangen sind und ein entsprechendes Behandlungsteam ausgewählt wurde, melden wir uns bei Ihnen zur Terminvereinbarung!**

**Zum ersten Termin bringen Sie folgende Unterlagen mit:**

- aktuelle **Überweisung** mit Fachrichtung **MZEB**  
(ohne vorhandene Überweisung darf leider keine Behandlung erfolgen !)
- Versichertenkarte
- Aktueller Medikamentenplan
- Liste der vorhandenen Hilfsmittel (Rollstuhl, Talker etc.)

Unsere Räume sind barrierefrei, es steht ein rollstuhlgerechter Sanitärbereich zur Verfügung. Parkplätze vor dem Gebäude sind vorhanden.

**Wenn Sie Fragen haben oder spezifische Bedarfe, melden Sie sich bitte bei uns - vieles lässt sich einrichten!**

Wir bitten Sie um Verständnis, dass abhängig von der Nachfrage Wartezeiten bestehen.

Mit freundlichen Grüßen aus dem MZEB

**Kontaktdaten:**

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung (MZEB)  
Oberlinstraße 16  
72762 Reutlingen  
Telefon: 07121-278 1400  
E-Mail: mzeb@bruderhausdiakonie.de

## Anmeldebogen

### Angaben zum Patienten:

Nachname:	Vorname:
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnr.:
Geburtsdatum:	
Telefon:	E-Mail-Adresse:

### Kontaktperson:

Nachname:	Vorname:
PLZ, Wohnort:	Straße, Hausnr.:
Telefon:	E-Mail-Adresse:

### Wohngruppe:

Name/Anschrift/Tel:	Sonstiges:
Telefon:	E-Mail-Adresse:

### Gesetzliche Betreuung

Nachname:	Vorname:
PLZ, Wohnort:	Straße, Hausnr.:
Telefon:	E-Mail-Adresse:

**Betreuungsbereiche:**

- Gesundheitsfürsorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Vermögenssorg
- Vertretung vor Behörden/Einrichtungen
- Wohnungsangelegenheiten
- Postangelegenheiten

**Überweisender Haus- oder Facharzt**

<b>Name:</b>	<b>Anschrift:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	<b>Fachrichtung:</b>

**Krankenversicherung:**

<b>Krankenversicherung:</b>	
<b>Versichertennummer Krankenkasse:</b>	

**Privat versichert**

***Information für Privatpatienten***

*Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass es bisher keine Vereinbarung mit den privaten Krankenversicherungen bzgl. der Abrechnung der erbrachten Leistungen im MZEB gibt. Wir rechnen die erbrachten Leistungen analog der Vergütungsvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen ab. Bitte klären Sie möglichst vor der Erstvorstellung im MZEB, ob die Kosten für die Behandlung durch Ihre private Krankenversicherung übernommen werden. Sollte die private Krankenversicherung die Behandlungskosten nicht übernehmen, sind die Kosten vom Patienten zu tragen.*

**Behindertenausweis:**

Ist die Ursache der Behinderung bekannt? :	
Haben Sie einen Behindertenausweis? <input type="checkbox"/> Ja	GdB :

**Merkzeichen:**

G <input type="checkbox"/>	aG <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	BI <input type="checkbox"/>	GI <input type="checkbox"/>	RF <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	TBI <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------------------

**Ihre Fragestellung ans MZEB - Was ist Ihr Anliegen? –**

**Auflistung von Vorbehandlungen:**

**Bekannte Diagnosen:**

**Bitte legen Sie den aktuellen Medikamentenplan dem Anmeldebogen bei!**

**Angaben zur Gesundheit**

**Psychische Beschwerden**

- Verstimmungszustand / depressive Phasen / Suizidgedanken
- Ängste
- Zwänge / Stereotypen
- Suchtprobleme
- Sonstige \_\_\_\_\_

**Somatische (körperliche) Beschwerden**

- Schmerzen
- Abführprobleme / Probleme bei der Blasen- und Stuhlentleerung
- Ess- oder Ernährungsstörung
- Hautprobleme
- Krampfanfälle
- Probleme mit der Atmung
- Herzprobleme
- Diabetes
- Sonstige \_\_\_\_\_



**Belastendes Verhalten:**

- Schreien
- Auffälligkeiten im Kontaktverhalten
- Fremd- / selbstverletzendes Verhalten, Sachbeschädigungen
- Weglauftendenzen
- Delinquentes Verhalten
- Rückzugsverhalten
- Sonstige \_\_\_\_\_

**Bestehen Allergien (z.B. Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, Allergien)?**

- Nein
- Ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Liegt eine Hör- oder Sehstörungen vor?**

	Vorhanden seit wann:	Welche:	Hilfsmittel:
<b>Sprech-/ Sprachstörung</b>			
<b>Hörstörung</b>			
<b>Sehstörung</b>			
<b>Sonstige</b>			

**Liegt eine körperliche Behinderung vor?**

	Vorhanden seit wann:	Welche:	Hilfsmittel:
<b>Fehlbildungen der Knochen und / oder Gelenke</b>			
<b>Kontrakturen / Gelenkversteifungen</b>			
<b>Veränderungen der Gelenke oder Knochen</b>			
<b>Veränderungen der Skelettmuskulatur</b>			
<b>Veränderungen der Wirbelsäule</b>			
<b>Spastik</b>			
<b>Bewegungsstörungen</b>			
<b>Sonstige</b>			

**Wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen!**