

Patienten-Anmelde- und Anamnesebogen für das MZEB Braunschweig



LUKAS-WERK
GESUNDHEITS-
DIENSTE

**Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene
mit geistiger Behinderung oder schweren
Mehrfachbehinderungen (MZEB) Krankenhaus Marienstift**

Helmstedter Straße 35
38102 Braunschweig
Telefon: 0531 7011 50710
Fax: 0531 7011 50715
E-Mail: mzeb@lukas-werk.de

Patientendaten:

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort:	_____
PLZ, Wohnort:	_____	Telefon:	_____
Straße, Hausnr.:	_____	Fax:	_____
E-Mail:	_____	Versicherung:	_____

Zuweisender Arzt:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail/Fax: _____

Grad der Behinderung in: % _____

Merkzeichen: G aG H BI GI

Grad der Intelligenzminderung: leicht mittel schwer schwerst

Pflegegrad: Nein Ja Wenn ja, welcher? _____

Gesetzliche Betreuung: Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Name: _____

Adresse: _____

E-Mail/ Tel.: _____

(Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)

Wegen welcher Probleme/ Fragestellung suchen Sie das MZEB auf?

Welche Erkrankungen / Diagnosen / Beeinträchtigungen sind bei Ihnen bekannt?

Erkrankung	Seit wann

Welche Fachärzte behandeln Sie? (z.B. Neurologe, Urologe, Internist, Orthopäde)

Fachrichtung	Name & Ort der Arztpraxis

Bisherige und aktuelle Therapien:

Art der Therapie?	Name des Therapeuten, Adresse der Praxis	Wie oft pro Woche
<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Logopädie		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		
<input type="checkbox"/> Sonstige		

Waren Sie bereits in einem SPZ oder in einem anderen MZEB in Behandlung?

Nein Ja Wenn ja, wann? _____ Wo? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Krankenhausaufenthalte?

Grund des Aufenthaltes	Name & Ort des Krankenhauses	Zeitraum

Sind Hilfsmittel vorhanden? Wenn ja, welche? (z.B. Talker, Orthese, Badelifter)

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

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? (Alternativ bitte Medikamentenplan beilegen)

Medikament	Dosierung (morgens/mittags/nachmittags/ abends)	Nebenwirkungen

Bestehen Allergien und/oder Unverträglichkeiten (z. B. Latex, Nahrungsmittel, Medikamente)?

Wo liegen Ihre Stärken? Gibt es besondere Fähigkeiten?

Womit beschäftigen Sie sich gerne? Was interessiert Sie? (z.B. Fahrzeuge, Tiere, Musik, Mangas, Comics)

Gibt es Aktivitäten, denen Sie in Ihrer Freizeit nachgehen? (z.B. Sportverein, Schwimmen, Spielen, Freizeitclub, betreute Freizeitangebote?)

Wie erholen / entspannen Sie sich?

Wie leben Sie (Wohnform)?

- In der Familie/Partnerschaft
- In der eigenen Wohnung
- Ambulant betreutes Wohnen
- Stationäres betreutes Wohnen

Ggf. Welche Einrichtung? _____

Gibt es bedeutsame Veränderungen in Ihrem Wohnumfeld?

- Nein Ja Wenn ja, welche und wann? _____

Haben Sie persönliche Unterstützungs-Assistenzen?

- Familie-entlastender/ unterstützender Dienst FED/ FUD Ambulant psychiatrische Pflege (APP)
- Pflegedienst Privat Sonstige

Bitte Dienst benennen: _____

Gibt es Veränderungen mit Ihren Assistenzpersonen?

- Nein Ja Wenn ja, welche und wann? _____

Wurde ein Kindergarten besucht?

- Nein Ja Wenn ja, welcher? _____

Welche Bildung/Ausbildung haben Sie absolviert? (Schule, BBB, Berufsausbildung)

Schule / Ausbildungsstätte	Von – bis	Abschluss

Erlernete Kulturtechniken:

- Lesen
 Schreiben
 Rechnen

Aktuelle Situation im Beruf/Arbeitsleben?

- arbeitsfähig
 arbeitsunfähig
 auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 WfbM
 Tagesförderbereich
 Rentner

Gab es bedeutsame Lebensereignisse? Wenn ja, welche und wann? (z.B. Umzug, Tod einer nahestehenden Person, Trennung)

Wo liegen Ihre Probleme: In welchen Bereichen bestehen aktuell oder in letzter Zeit Probleme?

Ja, da besteht ein Problem (bitte ankreuzen)	Mögliche Problembereiche	Hier wünsche ich Hilfe durch das MZEB (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/>	Verhalten im Alltag Verhaltensregulation, Aggressivität, Impulskontrolle, Unruhe, Rückzug	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mentale Funktionen z.B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen, Orientierung, Planungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gemütslage z.B. Traurigkeit, Angst, Panik	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schlaf und Erholung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sinnesfunktionen Sehen, Hören, Schmecken, Riechen, Fühlen	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Gedanken Zwangsgedanken, Zerfahrenheit, Verlangsamung, Wahn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kommunikation Verstehen und Ausdrücken (Sprechen, Laute, Gesten, Bilder) Fähigkeiten mit Telefon / PC / Medien / Notruf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Selbstwahrnehmung der Probleme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schmerzen, Verdacht auf Schmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nahrungsaufnahme Kauen und Schlucken, Appetit, Essgewohnheiten, Gewichtskontrolle, Flüssigkeitskontrolle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ausscheidungsfunktion Blase und / oder Ausscheidungsfunktion Darm (z.B. Inkontinenz/ Verstopfung)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sexualität / Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Spezielle Organsysteme <input type="checkbox"/> Atmung und Atmungsorgane <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauforgane <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Stoffwechsel, Darm <input type="checkbox"/> Hormonsystem <input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medikamente z.B. Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilität Grundfunktionen: Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit Probleme mit Mobilität: Sitz, Gang, Stand, Transfer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel z.B. fehlende / unpassende Versorgung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Allgemeine Aktivitäten des täglichen Lebens Aufgaben im Alltag bewältigen, Stress bewältigen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Komplexe Lebensaufgaben Eigenständige Lebensführung, Unabhängigkeit, Gesundheitsversorgung, Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Soziales Gemeinschaftliches Zusammenleben, Wohnen, Arbeit, Freizeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstiges? Bitte nennen:	<input type="checkbox"/>

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich (Name des gesetzl. Betreuers) _____

(Name des Patienten / der Patientin): _____

geb. am: _____

wohnhaft in _____

Krankenkasse: _____

Arbeitsbereich: _____

Schule: _____

Wohnbereich: _____

Hausarztpraxis: _____

Fachpraxis: _____

Klinikum: _____

Sonstige Personen / Einrichtungen:

– soweit erforderlich – von der Schweigepflicht gem. § 203 StGB, § 5 DSGVO und § 78 Abs. 2 SGB gegenüber den Ärzten und Therapeuten des MZEB Braunschweig der Lukas-Werk Gesundheitsdienste GmbH.

Die Schweigepflichtentbindung dient dem MZEB Braunschweig, sich in mündlicher und schriftlicher Form auszutauschen und über eigene Befunde zu berichten.

Dies dient unter anderem dem Zweck der Kenntnisnahme von Befunden, der Weiter-, Nachbehandlung und der Beratung.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung freiwillig erteile und sie zu jeder Zeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass für die interne Verwendung Fotos und Videoaufzeichnungen gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter / Betreuer