

Patientenaufnahmebogen

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB)

Ärztliche Leitung: Dr. med. Jürgen Kolb

Liebenau Kliniken gemeinnützige GmbH
St. Lukas-Klinik
Siggenweilerstr. 11, 88074 Meckenbeuren
Telefon: 07542/10-5303

Sehr geehrte/r Patient/in, sehr geehrte/ Einweiser/in, sehr geehrte/r Betreuer/in,

Sie bzw. Ihr/e Patient/in (Angehörige/r) möchten einen Ersttermin im MZEB der St. Lukas-Klinik erhalten.

Um entscheiden zu können, ob eine Behandlung im MZEB sinnvoll ist, möchten wir Sie bitten, den folgenden Patientenaufnahmebogen auszufüllen. Das hilft uns in der Vorbereitung auf den Termin mit Ihnen und wir können uns gezielt mit Ihren Problemstellungen befassen. So können Untersuchungen vorab genau geplant und ein reibungsloser Ablauf im MZEB erreicht werden, damit Ihr Besuch bei uns individuell auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet werden kann.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zusammen mit eventuell vorhandenen Befundberichten an oben genannte Adresse zurück. Für die eventuell notwendige Anforderung von Arztbriefen oder Unterlagen von behandelnden Praxen oder Einrichtungen bitten wir Sie darüber hinaus, die *Erklärung zur Schweigepflichtentbindung* auszufüllen und zu unterschreiben. Gleiches gilt für die *Einverständniserklärung für die Behandlung* im MZEB der St. Lukas-Klinik. Bitte lassen Sie uns auch diese ausgefüllt und unterschrieben zukommen.

Wir werden uns nach der Auswertung der Unterlagen schnellstmöglich mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

Wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen!

Patientenaufnahmebogen

1. Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Mobil-/Telefon: _____

Staatsangehörigkeit/en: _____

Krankenversicherung _____

Ist der Patient/die Patientin bei jemandem *mitversichert*? Falls ja, bei wem?

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor?

nein ja Betreuer-Name: _____

Adresse: _____

Mobil-/Telefon: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein ja falls ja, GdB? _____

Haben Sie eingetragene Merkzeichen?

nein ja falls ja, welches? _____

Wurde ein Pflegegrad festgestellt?

nein ja falls ja, welcher? _____

2. Überweisender Facharzt

Name/Praxis: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

3. Für welche/s Problem/e suchen Sie bei uns Hilfe?

Patientenaufnahmebogen

3.1. Welche Erkrankungen / welche Diagnosen sind bei Ihnen bekannt? (alte Briefe/Berichte anbei?)

Erkrankung	Seit wann?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Bei welchen Ärzten und/oder medizinischen Einrichtungen befinden Sie sich wegen Ihrer Erkrankungen bereits in Behandlung?

Arzt/Praxis/medizinische Einrichtung:	Name und Adresse:	Seit wann?
Hausarzt		
Neurologie		
Urologie		
Orthopädie		
Weitere Ärzte/Einrichtungen		

5. Wurden Operationen durchgeführt?

In welchem Krankenhaus?	Aus welchem Grund?	Wann?

6. Bisherige und aktuelle Therapien

Art der Therapie	Wie häufig (pro Woche)?	Seit wann?
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Sonstige		

Patientenaufnahmebogen

7. Haben/Benutzen Sie Hilfsmittel (z. B. elektr. Rollstuhl, Rollator, Gehilfe, Orthese, Spezialschuhe...)?

Art des Hilfsmittels	Versorger (Sanitätshaus, Orthopädietechnik...) <i>Gerne Name und Kontaktdaten des dortigen Mitarbeiters</i>	Seit wann?

8. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Medikaments und in welcher Dosierung	Wer hat es verordnet (Arzt / med. Einrichtung)?	Grund für die Einnahme

9. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

10. Welche Beeinträchtigungen bestehen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abführprobleme | <input type="checkbox"/> Chronische / akute Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Störung der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Ess- / Trinkstörung | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen der Knochen und/oder Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei der Blasenentleerung | <input type="checkbox"/> Hautschädigungen / Druckstellen |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeit |
| <input type="checkbox"/> Kontrakturen / Gelenkversteifungen | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Veränderungen an der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Sprach- oder Sprechstörungen |
| <input type="checkbox"/> Veränderungen der Muskulatur | <input type="checkbox"/> Sehstörung |
| <input type="checkbox"/> Spitzfußneigung | <input type="checkbox"/> Hörstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Atmung |
| <input type="checkbox"/> Psychische, emotionale oder psychosoziale Probleme | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |
-

Ausgefüllt am (Datum)

Ausgefüllt von (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)