**Aufnahmebogen**

Vorname, Nachname

………………………………………………………………………………………………………………

Geburtsdatum Telefonnummer

…………………………………………… …………………………………………………………

Anschrift

……………………………………………………………………………………………………………………

Krankenversicherung

……………………………………………………………………………………………………………………

Zuzahlungsbefreit? Nein Ja

**Bezugsperson, die Auskunft geben kann (Angehöriger, gesetzlicher Betreuer)**

Name: ………………………………… Telefonnummer: …………………………………………

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

 Ja …………………………… Grad der Behinderung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  G |  aG |  H |  BI |  GI |

Merkzeichen: gültig bis: ………..

**Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  1  |  2 |  3 |  4 |  5 |

 Nein Ja, Pflegegrad

**Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?**

 Nein Ja

Name, Anschrift: ………………………………………………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………………………………

Telefonnummer: …………………………………………………

**Für welche Betreuungsbereiche ist dieser zuständig?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gesundheitsfürsorge | Wohnungsangelegenheiten | Vermögenssorge |
| Vertretung vor Behörden  | Aufenthaltsbestimmung  | Postangelegenheiten |

**Wie wohnen Sie?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Elternhaus  |  eigene Wohnung  |  |  ambulant betreutes  Wohnen |

|  |  |
| --- | --- |
|  Pflegeheim allgemein | Wohnheim für Menschen mit Behinderung |

 Sonstiges ……………………………………………………………………………..

**Was machen Sie tagsüber?**

 Schule Werkstatt für behinderte Menschen

 Maßnahme zur Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (z.B. unterstützte

 Beschäftigung, Inklusionsbetrieb, andere Leistungsanbieter)

 sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis

 Tagesförderstätte / Fördergruppe

 Freizeitaktivitäten ………………………………………………………………………………….

**Aus welchem Grund möchten Sie zu uns ins MZEB kommen?**

Wie können wir Sie unterstützen? Welche Anliegen haben Sie?

………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Welche Erkrankungen / welche Diagnosen sind bei Ihnen bekannt?**

………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Bei welchen Ärzten und medizinischen Einrichtungen befinden Sie sich aktuell in Behandlung?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arzt / Fachrichtung** | **Art der Untersuchung** | **Zeitraum** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Welche Therapien haben / hatten Sie bereits?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art der Therapie** | **Häufigkeit** | **Seit wann?** **Wann das letzte Mal?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Sind Operationen erfolgt bzw. hatten Sie stationäre Aufnahmen?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Welche Klinik?** | **Art der Operation**  | **Wann?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Welche Medikation wird dauerhaft oder bei Bedarf eingenommen?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Dosierung** | **Seit wann?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nach Möglichkeit bringen Sie bitte den aktuellen bundeseinheitlichen Medikamentenplan mit.

**Welche Hilfsmittel nutzen Sie?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art des Hilfsmittel** | **Seit wann?** | **Kontaktdaten Sanitätshaus etc.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Sollte der Platz nicht ausreichen, so können Sie gerne die Rückseite benutzen.