

Hoffnungstaler Stiftung Lobetal, MZEB Bernau
Neuer Schulweg 12, 16321 Bernau bei Berlin

Anmeldebogen für die Behandlung im MZEB Bernau

Patient*in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

männlich weiblich divers

Krankenversicherung: _____ Zuzahlungsbefreiung: ja nein

GdB: _____% Merkzeichen: G aG B H RF BI GI

Pflegegrad: nein ja, welcher: 1 2 3 4 5

Wohnsituation: eigene Wohnung eigene Wohnung mit Betreuung
 bei den Eltern Wohnheim
 Wohngruppe oder WG andere Wohnform: _____

Wenn zutreffend: Name des Trägers der Wohneinrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon-/Fax-Nr.: _____ Mobil: _____

Email-Adresse: _____

Warum interessieren Sie sich für eine Behandlung im MZEB Bernau?

Welche aktuellen gesundheitlichen Probleme haben Sie?

Sind Sie momentan in Behandlung in einer PIA in einem anderen MZEB oder einer Epilepsiesprechstunde?

nein ja, wo: _____

Ansprechpartner, Bezugsbetreuer bzw. Angehörige

Name, Vorname: _____
Beziehung zu Ihnen: _____
Telefon-/Mobil-Nr.: _____ Email: _____
Adresse: _____

Name, Vorname: _____
Beziehung zu Ihnen: _____
Telefon-/Mobil-Nr.: _____ Email: _____
Adresse: _____

Gesetzliche Betreuung

Name, Vorname: _____
Telefon-/Fax-/Mobil-Nr. _____ Email: _____
Adresse: _____

Aufgabenkreise: Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Vermögenssorge
 Vertretung vor Behörden weitere: _____

Die Einverständniserklärung für die Behandlung im MZEB Bernau liegt vor: ja nein

Sind Sie tagsüber in einer Einrichtung beschäftigt? ja nein

wenn ja: Schule Werkstatt Betrieb
 sonstige Maßnahme: _____

Haben Sie einen Integrationsfachdienst? ja nein

Name, Vorname: _____
Telefon-/Fax-/Mobil-Nr. _____ Email: _____
Adresse: _____

Bei welchen Ärzten sind Sie aktuell in Behandlung?

Fachrichtung	Name	Adresse	Telefon
Hausarzt	_____	_____	_____
Neurologe	_____	_____	_____
Orthopäde	_____	_____	_____
Psychiater	_____	_____	_____
Zahnarzt	_____	_____	_____
Weitere	_____	_____	_____

Sind oder waren Sie in therapeutischer Behandlung?

	Name	Adresse	Telefon
Physiotherapie	_____	_____	_____
Ergotherapie	_____	_____	_____
Logopädie	_____	_____	_____
Sonstige Therapie	_____	_____	_____

Welche Erkrankungen bzw. Diagnosen sind bei Ihnen bekannt?

Erkrankung/Diagnose	seit wann?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bestehen bei Ihnen Allergien auf Medikamente oder Nahrungsmittel? nein ja, welche?

Können Sie ohne Hilfsmittel laufen? ja nein

Welche Hilfsmittel haben Sie? Spezielle Schuhe Orthesen Gehstützen/Rollator

Rollstuhl Brille Hörgerät

Zahnprothese Kommunikationshilfsmittel

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten oder multiresistente Erreger bekannt? nein ja, welche?

Wurde bei Ihnen eine genetische Untersuchung durchgeführt? nein ja, welche?

Was sollten wir im Umgang mit Ihnen beachten?

Haben Sie besondere Vorlieben, Rituale oder machen Ihnen bestimmte Situationen Angst?

Von wem wurde dieser Fragebogen ausgefüllt?

Name, Vorname: _____

Beziehung zu Ihnen: _____

Datum/Unterschrift: _____