

**Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung  
oder Mehrfachbehinderung**

**MZEB Luckau**

**Evangel. Krankenhaus Luckau gGmbH**  
**Berliner Str. 24**  
**15926 Luckau**

FAX/FON:  
0 35 44 – 58 351  
0 35 44 – 58 350

E-Mail:  
[Severine.During@diakonissenhaus.de](mailto:Severine.During@diakonissenhaus.de)

**Leiter MZEB:**  
**Dr. med. Tom Oestmann**

Sekretariat:  
Frau During

**Fragebogen zur Anmeldung eines Patienten im MZEB Luckau**

Sehr geehrte Patienten, Angehörige und Betreuer,

um uns auf Ihren Besuch vorzubereiten benötigen wir einige Informationen. Wir bitten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten so vollständig wie möglich auszufüllen und die Bögen an uns zu schicken. Dies kann gerne per Post, per FAX oder als E-Mail erfolgen. Zur Terminvereinbarung melden wir uns bei Ihnen.

Bitte übersenden Sie uns die beigefügte Schweigepflichtentbindung zur Anforderung von fehlenden Arztbriefen oder weiteren Befunden

Zu dem Behandlungstermin im MZEB bitten wir Sie folgende Unterlagen mitzubringen.

- Überweisungsschein vom Haus-/Facharzt für die Behandlung im MZEB
- elektronische Gesundheitskarte, ggf. Bescheinigung der Zuzahlungsbefreiung
- Schwerbehindertenausweis
- Kopie der Betreuungsurkunde
- Vorbefunde/Arztbriefe/ Krankenhausberichte
- Liste der vorhandenen Hilfsmittel
- ggf. Allergieausweis

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. T. Oestmann

**Angaben zu Ihrer Person (Patient)**

Name:	Vorname:
<b>Aktuelle Wohnanschrift:</b>	
<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung ohne Betreuung <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung mit Betreuung <input type="checkbox"/> Elternhaus <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Besondere Wohnform (ehemals „Heim“)	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Telefon (zur Terminvereinbarung):</b>	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft
<b>Eltern/Partner (Name):</b>	
<b>Telefon &amp; E-Mail:</b>	

**Besteht eine gesetzliche Betreuung?**

nein       ja

Name des gesetzlichen Betreuers:	
Adresse:	
Telefonnr. des gesetzl. Betreuers:	

**Überweisender Haus- oder Facharzt**

Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Fachrichtung:	

<b>Krankenkasse</b>
Zuzahlungsbefreit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____

**Angaben zur Gesundheit**

**Warum kommen Sie zu uns ins Medizinische Zentrum?**

**Grund der Anmeldung?**

- Somatische (körperliche) Beschwerden** z. B.
- Schmerzen
  - Abführprobleme / Probleme bei der Blasen- und Stuhlentleerung
  - Ess- oder Ernährungsstörung
  - Hautprobleme
  - Krampfanfälle
  - Probleme mit der Atmung
  - Herzprobleme
  - Diabetes
  - Sonstige
- Psychische Beschwerden** z. B.
- Verstimmungszustand/depressive Phasen/Suizidgedanken
  - Ängste
  - Zwänge / Stereotypien
  - Suchtprobleme
  - Sonstige
- Verhaltensauffälligkeiten** z. B.
- Schreien
  - Auffälligkeiten im Kontaktverhalten
  - Fremd-/selbstverletzendes Verhalten, Sachbeschädigungen
  - Weglauftendenzen
  - Delinquentes Verhalten
  - Sonstige

**Bitte beschreiben sie die aktuellen Probleme oder gesundheitlichen Beschwerden:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Erkrankungen sind sonst noch bekannt?**

---

---

---

---

<b>Allergien/Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel)</b>		
Allergie/Unverträglichkeit	Wie äußert sich diese (z. B. durch Hautrötung, Luftnot)	seit wann

**Liegt eine Besiedelung mit multiresistenten Keimen vor?**

- Nein
- Ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

**Vorangegangene Krankenhausaufenthalte /Operationen**

---

---

---

---

---

---

**Erfolgte bereits eine Betreuung im SPZ?**

- Nein       Ja

Bei welchen Ärzten befinden Sie sich derzeit in Behandlung?

Fachrichtung	Name und Adresse	Wann zuletzt
<input type="checkbox"/> Hausarzt		
<input type="checkbox"/> Neurologie		
<input type="checkbox"/> Psychiatrie		
<input type="checkbox"/> Innere Medizin		
<input type="checkbox"/> Orthopädie		
<input type="checkbox"/> Urologie		
<input type="checkbox"/> HNO		
<input type="checkbox"/> Augenheilkunde		
<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde		
<input type="checkbox"/> Zahnarzt		
<input type="checkbox"/> Hautarzt		

Aktuelle Medikation:

Bitte Medikationsplan beifügen!

---



---



---



---

Aktuelle Therapien

Bisherige und aktuelle Therapien

Art der Therapie	seit wann	wie häufig (pro Woche)
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		

## Mobilität

Aktueller Stand der Mobilität	vorhandene Hilfsmittel	seit wann
freies / selbstständiges Laufen möglich		
Spezielle Schuhe (z. B. Orthopädische)		
Orthesen		
Gehstützen (Unterarmgehstützen, Gehstock)		
Rollator		
Rollstuhl ohne Antriebshilfe		
Rollstuhl mit elektrischer Antriebshilfe		
Elektrorollstuhl		
Sonstige		

## Liegt eine Hör- und Sehstörung vor?

	Vorhanden seit wann:	Welche:	Hilfsmittel:
Hörstörung			
Sehstörung			
Sonstige			

## Wie verständigen Sie sich?

Sprache (Worte, lange/kurze Sätze)  Hilfsmittel \_\_\_\_\_

lautieren

Gebärden  taktiles Gebärden

Mimik – Körpersprache  weitere Ausdrucksmöglichkeiten \_\_\_\_\_

Ich kann mich durch kein erkennbares System zum Ausdruck bringen

## **Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

Nein       Ja, mit Grad der Behinderung (GdB) von \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen     G     aG     H     BI     GI     RF     B     TBI

## **Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?**

Nein       Ja, Pflegegrad       1       2       3       4       5

## **Wer hat beim Ausfüllen dieses Fragebogens mitgeholfen?**