Anmeldebogen MZEB Bethel

Krankenhaus Mara gGmbH

MZEB Bethel
Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung

Maraweg 21
33617 Bielefeld

Um uns auf Ihren Besuch vorzubereiten, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte füllen Sie den Bogen aus und schicken ihn per Post vor dem ersten Termin an uns zurück.

1. Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Krankenversicherung _____

2. **Bezugsperson**, die ggf. Auskunft geben kann (z.B. Angehöriger, gesetzl. Betreuer):

Name _____

Telefonnummer _____

3. Wie wohnen Sie?

☐ Betreute vollstationäre Einrichtung
☐ Elternhaus
☐ Wohngemeinschaft
☐ Eigene Wohnung mit Betreuung
☐ Eigene Wohnung ohne Betreuung

Adresse der Wohneinrichtung _____

Telefonnummer der Wohneinrichtung _____

4. Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Name des gesetzl. Betreuers _____

Adresse des gesetzl. Betreuers _____

Telefonnr. des gesetzl. Betreuers _____

5. Betreuungsbereiche

☐ Gesundheitsfürsorge
☐ Aufenthaltsbestimmung
☐ Vermögenssorge
☐ Vertretung vor Behörden / Einrichtungen
☐ Wohnungsangelegenheiten
☐ Postangelegenheiten

6. Welcher Arzt hat Sie in das MZEB Bethel überwiesen?

Name des Arztes _____

Fachrichtung _____

Telefonnummer des Arztes: _____

7. Warum kommen Sie ins MZEB Bethel?

- Tut Ihnen etwas weh, bedrückt Sie etwas oder gibt es andere Gründe, warum Sie zu uns kommen möchten?
- Was ist das wichtigste gesundheitliche Problem? Seit wann besteht dieses Problem?

8. Welche Erkrankungen sind noch bekannt?

☐ Diabetes
☐ Atemwegserkrankung
☐ Bluthochdruck
☐ Übergewicht
☐ sonstiges _____

9. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

☐ Nein
☐ Ja, mit Grad der Behinderung (GdB) von _____ %

Merkzeichen ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ Bl ☐ Gl ☐ RF ☐ B ☐ TBl

10. Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?

☐ Nein
☐ Ja, Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zurück an:

MZEB Bethel am Krankenhaus Mara
Maraweg 21
33617 Bielefeld

Bitte legen Sie dem Fragebogen vorhandene Kopien von **Vorbefunden** aus den letzten fünf Jahren (Berichte von Ärzten oder Krankenhausaufenthalten) und einen aktuellen **Medikamentenplan** bei.

Wir melden uns schriftlich oder telefonisch bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
Ihr MZEB-Team