

# Anmeldebogen MZEB Bethel

Krankenhaus Mara gGmbH  
**MZEB Bethel**  
Medizinisches Zentrum für  
Erwachsene mit Behinderung  
Maraweg 21, 33617 Bielefeld  
Fax: (0521) 772 77781

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 \_\_\_\_\_

Faxnummer \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

## 3. Wie wohnen Sie?

Betreute vollstationäre Einrichtung

Eigene Wohnung mit Betreuung

Elternhaus

Eigene Wohnung ohne Betreuung

Wohngemeinschaft

Adresse der Wohneinrichtung \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/eMail der Wohneinr. \_\_\_\_\_

## 4. Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Name des gesetzl. Betreuers \_\_\_\_\_

Adresse des gesetzl. Betreuers \_\_\_\_\_

Telefonnr. des gesetzl. Betreuers \_\_\_\_\_

## 5. Betreuungsbereiche

Gesundheitsfürsorge

Vertretung vor Behörden / Einrichtungen

Aufenthaltsbestimmung

Wohnungsangelegenheiten

Vermögenssorge

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?**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> sonstiges   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck      |                                      |

**9. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

- Nein  Ja, mit Grad der Behinderung (GdB) von \_\_\_\_\_ %
- Merkzeichen  G  aG  H  BI  GI  RF  B  TBI

**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), Kopie des **Schwerbehindertenausweises**, Kopie der **Betreuerurkunde** und einen aktuellen **Medikamentenplan** bei.

Wir melden uns schriftlich oder telefonisch bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr MZEB-Team