

**Patienten-Anmelde- und Anamnesebogen  
für das MZEB Braunschweig**



**KRANKENHAUS  
MARIENSTIFT**

**Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene  
mit geistiger Behinderung oder schweren  
Mehrfachbehinderungen (MZEB)**

**Krankenhaus Marienstift**

Helmstedter Straße 35

38102 Braunschweig

Telefon: 0531 7011 50710

Fax: 0531 7011 50715

E-Mail: mzeb@marienstift-braunschweig.de

**Patientendaten:**

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort:	_____
PLZ, Wohnort:	_____	Telefon:	_____
Straße, Hausnr.:	_____	Fax:	_____
E-Mail:	_____	Versicherung:	_____

**Zuweisender Arzt:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail/Fax: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung in: \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen:  G  aG  H  BI  GI

Grad der Intelligenzminderung:  leicht  mittel  schwer  schwerst

Pflegegrad:  Nein  Ja Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Gesetzliche Betreuung:  Nein  Ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail/Tel.: \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)

**Wegen welcher Probleme/ Fragestellung suchen Sie das MZEB auf?**


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

Erkrankung	Seit wann

**Welche Fachärzte behandeln Sie? (z.B. Neurologe, Urologe, Internist, Orthopäde)**

Fachrichtung	Name & Ort der Arztpraxis

**Bisherige und aktuelle Therapien:**

Art der Therapie?	Name des Therapeuten, Adresse der Praxis	Wie oft pro Woche
<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Logopädie		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		
<input type="checkbox"/> Sonstige		

**Waren Sie bereits in einem SPZ oder in einem anderen MZEB in Behandlung?**

Nein  Ja Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie in der Vergangenheit Krankenhausaufenthalte?**

Grund des Aufenthaltes	Name & Ort des Krankenhauses	Zeitraum

**Sind Hilfsmittel vorhanden? Wenn ja, welche? (z.B. Talker, Orthese, Badelifter)**

Art des Hilfsmittels	Seit wann (Jahr)?	Versorger (Sanitätshaus, Orthopädietechnik etc.)	Bestehen Probleme? Ja/Nein

**Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? (Alternativ bitte Medikamentenplan beilegen)**

Medikament	Dosierung (morgens/mittags/ nachmittags/abends)	Nebenwirkungen

**Bestehen Allergien und/oder Unverträglichkeiten (z. B. Latex, Nahrungsmittel, Medikamente)?**


**Wo liegen Ihre Stärken? Gibt es besondere Fähigkeiten?**


**Womit beschäftigen Sie sich gerne? Was interessiert Sie? (z.B. Fahrzeuge, Tiere, Musik, Mangas, Comics)**


**Gibt es Aktivitäten, denen Sie in Ihrer Freizeit nachgehen? (z.B. Sportverein, Schwimmen, Spielen, Freizeitclub, betreute Freizeitangebote?)**


**Wie erholen / entspannen Sie sich?**


**Wie leben Sie (Wohnform)?**

- In der Familie/Partnerschaft
  - In der eigenen Wohnung
  - Ambulant betreutes Wohnen
  - Stationäres betreutes Wohnen
- Ggf. welche Einrichtung?

\_\_\_\_\_

**Gibt es bedeutsame Veränderungen in Ihrem Wohnumfeld?**

- Nein     Ja    Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie persönliche Unterstützungs-Assistenzen?**

- Familie-entlastender/ unterstützender Dienst FED/ FUD     Ambulant psychiatrische Pflege (APP)
- Pflegedienst     Privat     Sonstige

Bitte Dienst benennen:

\_\_\_\_\_

**Gibt es Veränderungen mit Ihren Assistenzpersonen?**

- Nein     Ja    Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Wurde ein Kindergarten besucht?**

Nein     Ja Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Welche Bildung/Ausbildung haben Sie absolviert? (Schule, BBB, Berufsausbildung)**

Schule / Ausbildungsstätte	Von – bis	Abschluss

**Erlernete Kulturtechniken:**

Lesen     Schreiben     Rechnen

**Aktuelle Situation im Beruf/Arbeitsleben?**

arbeitsfähig     arbeitsunfähig  
 auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt     WfbM     Tagesförderbereich     Rentner

**Gab es bedeutsame Lebensereignisse? Wenn ja, welche und wann? (z.B. Umzug, Tod einer nahestehenden Person, Trennung)**


**Wo liegen Ihre Probleme: In welchen Bereichen bestehen aktuell oder in letzter Zeit Probleme?**

Ja, da besteht ein Problem (bitte ankreuzen)	Mögliche Problembereiche	Hier wünsche ich Hilfe durch das MZEB (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/>	<b>Verhalten im Alltag</b> Verhaltensregulation, Aggressivität, Impulskontrolle, Unruhe, Rückzug	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Mentale Funktionen</b> z.B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen, Orientierung, Planungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<b>Gemütslage</b> z.B. Traurigkeit, Angst, Panik	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Schlaf und Erholung</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Sinnesfunktionen</b> Sehen, Hören, Schmecken, Riechen, Fühlen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Gedanken</b> Zwangsgedanken, Zerrissenheit, Verlangsamung, Wahn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Kommunikation</b> Verstehen und Ausdrücken (Sprechen, Laute, Gesten, Bilder) Fähigkeiten mit Telefon / PC / Medien / Notruf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Selbstwahrnehmung der Probleme</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Schmerzen, Verdacht auf Schmerzen</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Nahrungsaufnahme</b> Kauen und Schlucken, Appetit, Essgewohnheiten, Gewichtskontrolle, Flüssigkeitskontrolle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Ausscheidungsfunktion Blase und / oder Ausscheidungsfunktion Darm (z.B. Inkontinenz/ Verstopfung)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Sexualität / Partnerschaft</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Spezielle Organsysteme</b> <input type="checkbox"/> Atmung und Atmungsorgane <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauforgane <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Stoffwechsel, Darm <input type="checkbox"/> Hormonsystem <input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Medikamente z.B. Nebenwirkungen</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Mobilität</b> Grundfunktionen: Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit Probleme mit Mobilität: Sitz, Gang, Stand, Transfer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Hilfsmittel z.B. fehlende / unpassende Versorgung</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Allgemeine Aktivitäten des täglichen Lebens</b> Aufgaben im Alltag bewältigen, Stress bewältigen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Komplexe Lebensaufgaben</b> Eigenständige Lebensführung, Unabhängigkeit, Gesundheitsversorgung, Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Soziales</b> Gemeinschaftliches Zusammenleben, Wohnen, Arbeit, Freizeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges? Bitte nennen:</b>	<input type="checkbox"/>

# Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich (Name des gesetzl. Betreuers) \_\_\_\_\_

(Name des Patienten / der Patientin): \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Arbeitsbereich: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Hausarztpraxis: \_\_\_\_\_

Fachpraxis: \_\_\_\_\_

Klinikum: \_\_\_\_\_

Sonstige Personen / Einrichtungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

– soweit erforderlich – von der Schweigepflicht gem. § 203 StGB, § 5 DSGVO und § 78 Abs. 2 SGB gegenüber den Ärzten und Therapeuten des MZEB Braunschweig der Krankenhaus Marienstift gGmbH.

Die Schweigepflichtentbindung dient dem MZEB Braunschweig, sich in mündlicher und schriftlicher Form auszutauschen und über eigene Befunde zu berichten.

Dies dient unter anderem dem Zweck der Kenntnisnahme von Befunden, der Weiter-, Nachbehandlung und der Beratung.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung freiwillig erteile und sie zu jeder Zeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

- Ich bin damit einverstanden, dass für die interne Verwendung Fotos und Videoaufzeichnungen gemacht werden.
- Ich habe keine weiteren Fragen und habe den Text verstanden.
- Eine Kopie wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter / Betreuer