

**Medizinisches Zentrum  
für Erwachsene mit Behinderungen  
Patientenaufnahmebogen**

**Angaben zu Ihrer Person**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherung
Telefonnummern, unter denen Sie gut erreichbar sind.  E-Mail-Adresse	Adresse	Auskunftsperson (Angehöriger, gesetzl. Betreuer/ päd. Assistent)  Telefonnummer

**Überweisender Facharzt (Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, SPZ, Neuropädiatrie)**

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

**Kommentar/Arbeitsauftrag aus Sicht des Überweisers:**

Datum	Unterschrift	Stempel
-------	--------------	---------

# Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen Patientenaufnahmebogen

Welche Grundbehinderung liegt bei Ihnen vor?

## Grad der Behinderung

Haben Sie einen Behindertenausweis?

ja, GdB \_\_\_\_\_ %      Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

gültig bis: \_\_\_\_\_

Merkzeichen:  G     aG     H     BI     GI     RF     B

nein

## Wurde ein Pflegegrad festgestellt?

Pflegegrad 1     Pflegegrad 2     Pflegegrad 3     Pflegegrad 4

Pflegegrad 5     nein

## Welche Beeinträchtigungen ergeben sich durch Ihre Grundbehinderung?

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen                         | <input type="checkbox"/> Kontrakturen/Gelenkversteifungen       |
| <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen                       | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle                          |
| <input type="checkbox"/> Entwicklung der geistigen Fähigkeiten      | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Atmung                |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen der Knochen und/oder Gelenke | <input type="checkbox"/> Psychische oder psychosoziale Probleme |
| <input type="checkbox"/> Hautschädigungen/Druckstellen              | <input type="checkbox"/> Sprach- oder Sprechstörungen           |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen                               | <input type="checkbox"/> Veränderungen der Gelenke oder Knochen |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen                               | <input type="checkbox"/> Veränderungen der Skelettmuskulatur    |

**Medizinisches Zentrum  
für Erwachsene mit Behinderungen  
Patientenaufnahmebogen**

- Spitzfußneigung  Veränderungen an der Wirbelsäule
- Schluckstörung

**Beschreiben Sie hier gerne Beeinträchtigungen, die nicht aufgeführt sind:**

**Weshalb kommen Sie zu uns? Tut Ihnen etwas weh, bedrückt Sie etwas oder gibt es andere Gründe, warum Sie zu uns kommen möchten?**

**Welche ärztlichen Fachgebiete sollen am Behandlungsprozess beteiligt sein?**

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- Neurologie  Epileptologie  Psychiatrie  Orthopädie  Neurochirurgie

**Medizinisches Zentrum  
für Erwachsene mit Behinderungen  
Patientenaufnahmebogen**

**Welche nichtärztlichen Fachberatungen benötigen Sie?**

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie         |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie   | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte nennen) |
| <input type="checkbox"/> Logopädie      |   |
| <input type="checkbox"/> Sozialdienst   |   |

**Welche weiteren Erkrankungen bestehen unabhängig von Ihrer Behinderung?**

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

Bitte genaue Bezeichnung mit Namen und Stärken!

**Sind spezielle Behandlungen erforderlich?**

z. B. Botulinumtoxinbehandlung, Füllen der Medikamentenpumpe, Depotinjektionen

**Medizinisches Zentrum  
für Erwachsene mit Behinderungen  
Patientenaufnahmebogen**

**Welche Hilfsmittelberatung benötigen Sie?**

Bitte kreuzen Sie die Hilfsmittel an:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aktivrollstuhl         | <input type="checkbox"/> Orthesen                           |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl             | <input type="checkbox"/> Schienenversorgungen               |
| <input type="checkbox"/> Elektrischer Rollstuhl | <input type="checkbox"/> spezielle Lagerungskissen/-systeme |
| <input type="checkbox"/> Korsett                | <input type="checkbox"/> Kommunikationsgerät                |
| <input type="checkbox"/> _____                  | <input type="checkbox"/> _____                              |

**Benötigen Sie Beratung in für Sie wichtigen Bereichen (Arbeit, Mobilität, Kommunikation, Selbstversorgung und häusliches Leben)? Nennen Sie uns hier gerne Ihre Wünsche:**

***Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.***

## **Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen Patientenaufnahmebogen**

**Bitte senden Sie uns diesen ausgefüllten Bogen an unten genannter Anschrift zurück. Sobald der Aufnahmebogen mit Stempel und Unterschrift des Zuweisers bei uns eingegangen und ausgewertet ist, hören Sie von uns.**

---

**Folgende Unterlagen sind am ersten Tag der Behandlung erforderlich:**

- Überweisung von einem Facharzt für Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Neuropädiatrie oder von einem SPZ
- Elektronische Gesundheitskarte
- Kopie des Schwerbehindertenausweises

**Außerdem bitten wir Sie mitzubringen:**

- Vorbefunde
- Röntgenbilder
- CT- und MRT-Aufnahmen
- ggf. eigene Liftergurte
- zu beurteilende Hilfsmittel, sofern möglich und notwendig
- ausreichend Inkontinenzmaterial für die Zeit bei uns

**Unsere Räumlichkeiten sind barrierearm, ein Sanitärraum steht zur Verfügung und ein Lifter kann genutzt werden.**

**Bitte zurücksenden an:**

**MZEB  
Klinikum Osnabrück  
Am Finkenhügel 1  
49076 Osnabrück**

**Fax-Nr.: 0541/405-4509  
E-Mail: MZEB@klinikum-os.de**