



# Bruno-Valentin-Institut Patientenaufnahmebogen

## Angaben zu Ihrer Person

|               |               |                |
|---------------|---------------|----------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum  | Krankenkasse   |
| Adresse       | Telefonnummer | E-Mail-Adresse |

## Wie wohnen Sie?

- eigene Wohnung mit Assistenz     eigene Wohnung ohne Assistenz  
 mit der Familie     Wohneinrichtung: \_\_\_\_\_

**Mit wem sollen wir Kontakt aufnehmen?**     mit mir

*Angabe bitte mit Namen und Telefonnummer/E-Mail-Adresse*

- Familie: \_\_\_\_\_  
 WG-Mitarbeiter/Assistenz: \_\_\_\_\_  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?**     Ja     Nein

Name, Vorname der gesetzlichen Betreuung: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/E-Mail: \_\_\_\_\_

## Überweisender Haus- oder Facharzt

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



# Bruno-Valentin-Institut Patientenaufnahmebogen

## Sind Sie in einem anderen MZEB in Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, wann zuletzt und welches MZEB: \_\_\_\_\_

## Welche Grundbehinderung liegt bei Ihnen vor?

## Haben Sie einen Behindertenausweis?

Nein

Ja, Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_  
gültig bis: \_\_\_\_\_  unbefristet

Merkzeichen:  G  aG  H  BI  GI  RF  B

## Wurde ein Pflegegrad festgestellt?

Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5  Nein

## Welche Beeinträchtigungen/Erkrankungen bestehen bei Ihnen?

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

|                          |                                   |                          |  |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Abführprobleme                    | <input type="checkbox"/> | Chronische Schmerzen                             |
| <input type="checkbox"/> | Probleme bei der Blasenentleerung | <input type="checkbox"/> | Sprach-, Sprech-, oder Schluckstörung            |
| <input type="checkbox"/> | Ess- oder Ernährungsstörung       | <input type="checkbox"/> | Hörstörungen                                     |
| <input type="checkbox"/> | Adipositas/Übergewicht            | <input type="checkbox"/> | Sehstörungen                                     |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus                 | <input type="checkbox"/> | Epileptische Anfälle                             |
| <input type="checkbox"/> | Bewegungsstörungen                | <input type="checkbox"/> | Probleme mit der Atmung/<br>Atemwegserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | Kontrakturen/Gelenkversteifungen  | <input type="checkbox"/> | Herzprobleme                                     |
| <input type="checkbox"/> | Veränderungen der Skelett-        | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck                                    |



## Bruno-Valentin-Institut Patientenaufnahmebogen

|                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
|                          | muskulatur                                 |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | Veränderungen an der Wirbelsäule           | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen               |
| <input type="checkbox"/> | Veränderungen der Gelenke und/oder Knochen | <input type="checkbox"/> | Entwicklung der geistigen Fähigkeiten  |
| <input type="checkbox"/> | Fehlbildungen der Knochen und/oder Gelenke | <input type="checkbox"/> | Psychische oder psychosoziale Probleme |
| <input type="checkbox"/> | Spitzfußneigung                            | <input type="checkbox"/> | Selbst- oder Fremdaggression           |
| <input type="checkbox"/> | Osteoporose                                | <input type="checkbox"/> | psychische Erkrankung z.B. Depression  |
| <input type="checkbox"/> | Hautschädigungen/Druckstellen              | <input type="checkbox"/> | Psych. Vorerkrankungen der Eltern      |

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

**Weshalb kommen Sie zu uns?**

**Tut Ihnen etwas weh? Bedrückt Sie etwas? Gibt es andere Gründe, weshalb Sie zu uns kommen möchten?**

**Welche ärztlichen Fachgebiete sollen Sie bei uns behandeln?**

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- Orthopädie       Urologie       Neurologie       Psychiatrie  
 Innere Medizin       Gynäkologie       Psychologie



# Bruno-Valentin-Institut Patientenaufnahmebogen

## Welche nichtärztlichen Fachberatungen benötigen Sie?

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- Kontinenzberatung                       Hilfsmittelsprechstunde

## Sind spezielle Behandlungen erforderlich?

- Botoxbehandlung  
 Füllen einer Medikamentenpumpe  
 Blasendruckmessung  
 \_\_\_\_\_

## Welche Hilfsmittelberatung benötigen Sie?

Bitte kreuzen Sie die Hilfsmittel an:

- Aktivrollstuhl                       Orthesen  
 Duschstuhl                       Schienenversorgungen  
 Elektrischer Rollstuhl                       spezielle Lagerungskissen/ u.  
-systeme  
 Korsett                       \_\_\_\_\_

## Wie erfolgt die Blasen- und/oder Darmentleerung?

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

### Blasenentleerung:

- Spontan                       Dauerableitung  
 Selbstkatheterismus                       Fremdkatheterismus  
 3 x täglich                       4 x täglich                       5 x täglich                       häufiger, \_\_\_\_\_ x tägl.

### Darmentleerung:

- Spontan                       Ausräumen  
 Orale Medikation                       Klistiere                       Irrigator



## **Bruno-Valentin-Institut Patientenaufnahmebogen**

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

**Bitte senden Sie uns diesen ausgefüllten Bogen und**

- Kopie des Schwerbehindertenausweises (beidseitig)
- Kopie des gesetzlichen Betreuerausweises, sofern vorhanden
- Kopien letzter medizinischer Vorbefunde
- Kopie eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikamentenplans

**an die unten genannte Adresse.**

**Sobald der Aufnahmebogen bei uns eingegangen und ausgewertet ist, hören Sie von uns.**

---

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

- eine Überweisung vom Haus- oder Facharzt an: MZEB Annastift
- Röntgenbilder, CT- und MRT-Aufnahmen auf CD
- Ihre elektronische Gesundheitskarte
- Zuzahlungsbefreiung, wenn vorhanden
- 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:**

DIAKOVERE Annastift gGmbH  
Bruno-Valentin-Institut  
Anna-von-Borries-Str. 6  
30625 Hannover

Fax-Nr.: 0511/5354-111  
E-Mail: MZEB@diakovere.de