

## Anmeldebogen

**Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,**

Sie möchten einen Termin im MZEB machen?

Das MZEB ist eine Anlaufstelle für Erwachsene mit Behinderung. Unser Ziel ist es den aktuellen Zustand der Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Wir sprechen mit Ihnen über Hilfen und wie man Ihren Alltag verbessern kann.

Das Team im MZEB besteht aus Ärzten und Therapeuten. Zum Beispiel Physiotherapie oder Logopädie. Und wir haben viele Kontakte zu anderen Ärzten, Werkstätten und Gruppen.

Damit wir Sie kennenlernen können brauchen wir Informationen. Ob wir Ihnen helfen können entscheiden wir gemeinsam im Team.

Bitte senden Sie uns die unterschriebene **Datenschutzerklärung**. Sie erlaubt uns Ihre Informationen zu speichern.

Der Anmeldebogen und die Datenschutzerklärung kommen mit der Post bei uns an. Dann senden wir Ihnen einen Fragebogen zu. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Erst danach wird ein Termin gemacht.

### Patientendaten:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

gesetzlich versichert

privat versichert

Sind sie bei einer privaten Krankenkasse versichert? Dann rufen Sie bei uns an.

Wir schicken Ihnen mit der Post einen Zettel zu. Der Zettel muss von der Krankenkasse unterschrieben werden. Senden Sie uns den Zettel zurück. Dann bekommen Sie einen Termin.

**Gesetzlicher Betreuer:**

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Welcher Arzt schickt Sie?**

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

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

**Fachrichtung (bitte ankreuzen):**

- SPZ Arzt
- Spezialambulanz der Uniklinik Aachen: \_\_\_\_\_
- Zentrum für seltene Erkrankungen (ZSEA)
- Pädiater
- Hausarzt
- Andere: \_\_\_\_\_

**Wieso wollen Sie in das MZEB?**

Welche **Behinderungen** und **Diagnosen** haben Sie?

**Welchen Grad der Behinderung haben Sie?**

GdB \_\_\_\_\_

Welche Merkzeichen haben Sie:      G    aG    H    BI    GI

**Welchen Pflegegrad haben Sie?**

\_\_\_\_\_

**Haben Sie andere Krankheiten?**

Allergien:

**Welche Therapien** haben Sie? (bitte ankreuzen)

- Logopädie
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Andere, und zwar:

**Welche Hilfsmittel** haben Sie?

Was ist ihre **Größe**?

\_\_\_\_\_

Wie ist ihr **Gewicht**?

**Bitte senden Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises mit.**

**Adresse:**

MZEB Aachen

Pauwelsstraße 30

52074 Aachen

email: [mzeb@ukaachen.de](mailto:mzeb@ukaachen.de)

Fax: 0241 80 33 89 606

**Datenschutzerklärung:**

Hiermit bestätige ich, mit den Datenschutzinformationen gemäß Artikel 13 EU-DSGVO (EU-Datenschutzgrundverordnung) der Uniklinik RWTH Aachen einverstanden zu sein und somit der Speicherung meiner Anmelde- und Fragebögen zuzustimmen. Ohne diese Einwilligung werden Ihre Daten sofort vernichtet.

---

Datum

---

Unterschrift Patient oder Betreuer