

# Anmeldebogen MUTABOR

- Ambulanz (ambulante Intensivförderung)**

Corneliusstr. 26, 80469 München  
Tel.: 089/2022211; Fax.: 2022650

- Therapeutische Tagesstätte Stemmerhof**

Jägerwirtstr. 6; 81373 München  
Tel.: 089/ 777273; Fax.: 7460140

## Anmeldung durch:

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

## **Patient:**

Frau/Herr \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Staatsang.: \_\_\_\_\_ Stadtviertel.: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Versicherungsnr.:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Sachbearbeiter (in ):** \_\_\_\_\_ **Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Zeitpunkt der Erkrankung:** \_\_\_\_\_

**Krankheitsursache:** \_\_\_\_\_

**Symptome zum Zeitpunkt der Entlassung (bitte die Wichtigsten stichpunktartig):**

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

**Entlassung voraussichtlich am:** \_\_\_\_\_

**Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:**

- Herzprobleme                       Allergien                       Epileptische Anfälle  
 Diabetes                               Sonstige \_\_\_\_\_

**Klinikaufenthalte in:**

1. \_\_\_\_\_ von / bis: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ von / bis: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ von / bis: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ von / bis: \_\_\_\_\_

**Vorhandene/beantragte Hilfsmittel:**

- Rollstuhl                       Rollator                       PEG – Sonde                       Katheter  
 WC- Stuhl                       Stehbett / Stehständer                       Lifter  
 Gehstöcke welche/r: \_\_\_\_\_

**Kompensationshilfen:**                       Gedächtnisbuch                       Kommunikationsbuch

**Ansprechpartner in der Klinik sind:**

- Behandelnde(r) Ärztin /Arzt \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_
- Krankengymnast(in) \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_
- Ergotherapeut(in) \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_
- Logopäde(in) \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_
- Sonstige/r: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

---

---

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**Neurologe:** \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**Vorgeschlagener Zeitrahmen der Maßnahmen durch Mutabor:**

- Ambulanz:                      4 Std.                      an \_\_\_\_\_                      Tagen pro Woche  
 Tagestätte:                      4 Tage die Woche

