

Anmeldebogen **MUTABOR**

Ambulante Intensivförderung

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

Tagesstätte a. d. Stemmerhof

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

Anmeldung durch:

Name: _____

Institution: _____

Tel. Nr.: _____

Datum: _____

Die ersten beiden Seiten bitte immer ausfüllen.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Geboren: _____ Tel.: _____

Str. / Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Staatsang.: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ **Versicherungsnr.:** _____

Erkrankt am: _____

Krankheitsursache: _____

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

Nutzung eines Rollstuhls erforderlich? nein ja

Entlassung voraussichtlich am: _____

Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeim |

Familienstand:

- verheiratet Lebensgemeinschaft geschieden
 nicht verheiratet verwitwet

Wohnsituation:

- Allein lebend
 Lebt mit folgenden Personen in einem Haushalt:

1. _____ 2. _____

Minderjährige Kinder: **Erwachsene Kinder:**

Alter _____ Name/Tel./E-Mail _____

Alter _____ Name/Tel./E-Mail _____

Pflegende Angehörige:

Name: _____ Tel.: _____

E-Mail: _____

Berufstätigkeit der pflegenden Angehörigen: nein ja

Außer-Haus-Zeiten dieser Angehörigen: von: bis:

Besteht gesetzliche Betreuung: nein ja

Betreuer: _____ Tel./E-Mail _____

Erhält der Patient Krankengeld: nein ja
seit: _____

Rentenantrag gestellt: nein ja

Falls ja, welche/wann: _____

Pflegegrad: nicht beantragt beantragt Grad: _____

Schwerbehindertenausweis: vorhanden Antrag am: _____

Grad der Behinderung u. Merkzeichen: _____

Zusätzliche Angaben:

Vorhandene/beantragte Hilfsmittel:

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PEG – Sonde | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> WC- Stuhl | <input type="checkbox"/> Lifter |
| <input type="checkbox"/> Stehbett/Stehständer | <input type="checkbox"/> Hörhilfen | <input type="checkbox"/> Sehhilfen | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Gehstock - welcher: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | | |

Kompensationshilfen:

- Gedächtnisbuch Kommunikationsbuch

Wohnsituation:

- | | | |
|----------------------|--|--|
| Zugang zum Haus | <input type="checkbox"/> barrierefrei | <input type="checkbox"/> Stufen am Eingang |
| | <input type="checkbox"/> Lift hält im Zwischengeschoss | <input type="checkbox"/> Lift zur Wohnung |
| Zugang zur Wohnung | <input type="checkbox"/> barrierefrei | <input type="checkbox"/> über Treppe(n) |
| Wohnung barrierefrei | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Treppe in der Wohnung |

Klinikaufenthalte in:

1. _____ von / bis: _____
2. _____ von / bis: _____
3. _____ von / bis: _____

Ansprechpartner in der Klinik sind.

- Behandelnde(r) Ärztin /Arzt _____ Tel: _____
- Krankengymnast(in) _____ Tel: _____
- Ergotherapeut(in) _____ Tel: _____
- Logopäde(in) _____ Tel: _____

Hausarzt: _____ Tel.: _____ Fax: _____

Neurologe _____ Tel.: _____ Fax: _____

Pflegedienst: _____ Tel.: _____ Fax: _____

Vorgeschlagener Zeitrahmen der Maßnahmen durch Mutabor:

- Ambulante Intensivförderung:** 4 Std. an ____ **Tagen pro Woche**
oder
 Tagesstätte an 4 Tagen/Woche mit Fahrdienst nein ja