

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

Die ersten beiden Seiten bitte immer ausfüllen.

Anmeldung durch:

Name:

Institution:

Tel. Nr.:

Datum:

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:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Herzerkrankungen | ☐ Allergien | ☐ Epileptische Anfälle |
| ☐ Diabetes | ☐ Blutverdünner | ☐ 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
Alter

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:

Rentantrag 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:

☐ PEG – Sonde	☐ Katheter	☐ WC- Stuhl	☐ Lifter
☐ Stehbett/Stehständer	☐ Hörhilfen	☐ Sehhilfen	
☐ Rollstuhl	☐ Rollator	☐ Gehstock - welcher:	
☐ Sonstige:			

Kompensationshilfen:

☐ Gedächtnisbuch	☐ Kommunikationsbuch
---	---

Wohnsituation:

Zugang zum Haus	☐ barrierefrei	☐ Stufen am Eingang
	☐ Lift hält im Zwischengeschoss	☐ Lift zur Wohnung
Zugang zur Wohnung	☐ barrierefrei	☐ über Treppe(n)
Wohnung barrierefrei	☐ ja	☐ Treppe in der Wohnung

Klinikaufenthalte in:

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

Ansprechpartner in der Klinik sind.

- Tel:
- Tel:
- Tel:
- 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