

MZEB Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung
Chiemgaustraße 30, 81549 München



Chiemgaustraße 30
81549 München
Telefon: 089 52035980
Telefax: 089 520359810
E-Mail: info@mzeb-muenchen.de
Internet: www.mzeb-muenchen.de

Aufnahme in das MZEB

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Praxis.

Anbei erhalten Sie unsere Anmeldeunterlagen.

Sie haben Fragen? – Rufen Sie uns gerne unter der angegebenen Telefonnummer an oder schreiben Sie uns eine E-Mail.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unseren Behandlungsleistungen und freuen uns, Sie bei einem Termin begrüßen zu dürfen. Bitte senden Sie uns die ausgefüllten Unterlagen postalisch zurück.

Mit freundlichen Grüßen

MZEB Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit

Träger
Stiftung ICP München
BSNR:
637408900

Sitz der Stiftung
Garmischer Straße 241
81377 München

Stiftungsvorstand
Thomas Pape
Vorsitzender

Bankverbindung
Bank im Bistum Essen eG
IBAN: DE68 3606 0295 0040 3280 17
BIC: GENODED1BBE

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Angehörige und Betreuende,
herzlich willkommen im MZEB!

Damit wir Ihr Anliegen möglichst genau verstehen können, benötigen wir einige
Informationen von Ihnen. So ist gewährleistet, dass am Tag ihres Besuchs ein exakt
auf ihre Fragestellung zugeschnittenes Team für Sie bereit ist.

Wenn Sie einzelne Fragen nicht genau beantworten können, lassen Sie die Angaben
einfach weg. Wenn Sie bei der Beantwortung einer **Pflichtangabe (*)** keine Antwort
wissen, so bitten wir Sie darum, dies mit uns telefonisch vor Ihrem Besuch zu klären
(089-5203598-0).

Alle Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich
behandelt und niemals an Dritte weitergegeben.

Wir bitten Sie, die beigegefügte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht dann
zu unterzeichnen, wenn wir weitere Befunde direkt einholen müssen, z.B. von Kliniken.
Diese Erklärung kann zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen
werden.

1. Persönliche Angaben

(ausgefüllt von*: Patient selbst gesetzlicher Betreuer/in, sonstige Person)

Name* Vorname*

Geburtsdatum* _____

Anschrift (Str., Hausnr.) *

PLZ*

Ort*

Telefon*

E-Mail*

Mobiltelefon

Pflegegrad vorhanden*: ja (welcher?): ____ nein beantragt

GdB (Grad der Behinderung) * (Wieviel Prozent?) ____

Merkzeichen*

G, aG, H, BL, GL, B, RF, I.KI

(bitte Kopie des Behindertenausweises beifügen)

Hilfebedarfsgruppe: ja, 1 2 3 4 nein

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

1.1 Angaben zur Krankenkasse*

Name der Krankenkasse*

Ort der Krankenkasse*

Versicherungsnr. *

Krankenkassennr.

Name Hauptversicherter*

Liegt für das aktuelle Kalenderjahr eine Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse vor? (Bitte Kopie senden oder zum Termin mitbringen) ja nein

Gesetzliche/r Betreuer/in: * gibt es eine gesetzliche Betreuung? nein,
ja: Mutter/ Vater/ sonstige (jeweils mit Anschrift und Telefonnummer)

1.2 Patientenverfügung vorhanden? * ja nein

1.3 Name/ Adresse des aktuell hauptsächlich behandelnden Arztes (z.B. Kinderarzt, Hausarzt), sowie weiterer wichtiger behandelnder Ärzte (z.B. Neurologe, Orthopäde), sowie bitte angeben, ob eine Anbindung an ein sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) besteht/ bestand*

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

2.3 Arztberichte, Laboruntersuchungen etc.,

Bitte legen Sie alle für die aktuelle Fragestellung relevanten Berichte in Kopie bei.

Haben Sie z.B. einen ganzen Ordner zuhause, bitten wir Sie, die **wichtigsten**, aktuellen Befunde (2-3 DIN A 4 Seiten) **zusammen mit dem Fragebogen zurückzusenden** und den Ordner zum Termin mitzubringen.

Auf jeden Fall sollte eine Seite mit den aktuellen Diagnosen dabei sein.

Ich habe Arztberichte beigefügt.

Ich habe keine Arztberichte beigefügt, weil:

2.4 Bisherige und aktuelle Therapien (Therapieberichte bitte mitbringen)

Art der Therapie	Seit wann (falls bereits beendet, auch bis wann)	Wie häufig/Woche
Physiotherapie		
Logopädie		
Ergotherapie		
Schwimmtherapie:		
weitere:		
Sonstige:		
Psychotherapie:		

3. Zusätzliche Informationen:

3.1 Größe ____cm

Gewicht ____kg

3.2 Zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen* ja nein

Wenn nein: welche Krankheit/Keim, Kurzbeschreibung (z.B. MRSA in der Nase)

--

3.3 Hilfsmittel

Rollstuhl Rollator Orthesen Stehbrett Hörgerät Brille sonstige

--

3.4 Ventil oder Shunt

ja

nein

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

3.5 Epilepsie oder andere Anfallsformen:

- ja nein, wenn andere Formen welche?

Wenn ja: Anfallsbeschreibung, Häufigkeit/ Dauer

3.6 Diabetes mellitus ja nein

Wenn ja: Typ 1/2/ andere Typen, keine Medikamente/ Tabletten/ Insulin

3.7 Besteht eine Störung der Blasenentleerung? nein ja, versorgt mit:

- Blasenkatheter/ Stoma, Größe CH/F: ____
 Inkontinenzversorgung („Windel“)
 sonstige (Pouch, Conduit, etc., bitte angeben):

3.8 Besteht eine Störung der Darmentleerung? nein ja, versorgt mit:

- spontan, unwillkürlich
 Inkontinenzversorgung („Windel“)
 Ausräumen
 Einläufe
 Abführmittel
 andere Technik (bitte nennen/beschreiben):

3.9 Besondere Kostformen, Ernährungsarten? nein ja und zwar:

seit wann, System (z.B. PEG), Sondennahrung/ Flüssigkeit, am besten mit beigefügtem Plan Menge/ Zeitpunkt etc.

3.10 Allergien, Unverträglichkeiten nein ja, folgende:

Wenn ja: Allergieausweis, wenn vorhanden mitbringen, Kurzbeschreibung (z.B. Symptome)

4. Besondere Angaben/ Klassifikationen*

Hier fragen wir spezifische Fähigkeiten i.S. eines Assessments ab. Diese Angaben helfen uns, den Hilfebedarf genau einzuschätzen.

Hierbei gilt für 4.1 bis 4.5 immer: muss **nicht** ausgefüllt werden, wenn in dem betreffenden Bereich keine Einschränkungen vorliegen!

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

4.1 allgemeine Angaben zur Einschränkung der motorischen Funktion* (analog der GMFCS-Skala, welche für die Altersstufen 12-18 Jahre gilt)
Bitte aus den nachfolgenden fünf Beschreibungen A-E die auswählen, die **am meisten zutrifft!**

A

- Ich habe Schwierigkeiten, selbständig zu sitzen und, egal in welcher Ausgangslage, meine Kopf- und Körperhaltung zu kontrollieren
- und**
habe Schwierigkeiten, meine Kopf- und Körperhaltung zu kontrollieren
- und**
brauche eine speziell angepasste Sitzhilfe für ein bequemes Sitzen und muss überall hingeschoben werden
- und**
muss von einer anderen Person oder mit einem Hilfsmittel hochgehoben oder hochgezogen werden, um von A nach B zu kommen

B

- Ich kann selbständig sitzen, aber ohne tatkräftige Unterstützung nicht gehen oder stehen
- und**
bin deshalb draußen immer auf den Rollstuhl angewiesen
- und**
kann mich mithilfe eines Elektrorollstuhls selbständig fortbewegen
- und**
kann kurze Strecken innerhalb des Hauses krabbelnd oder rollend bewältigen

C

- Ich kann selbständig stehen und kann nur mit einer Gehhilfe (z.B. Posterior-Walker, Rollator, Unterarmgehstützen, Gehstöcken) gehen
- und**
ich habe Schwierigkeiten, ohne Unterstützung Treppen zu steigen oder auf unebenem Untergrund zu gehen
- und**
benutze eine Auswahl von Hilfsmitteln, je nach Gegebenheit, um mich fortzubewegen
- und**
bevorzuge einen Rollstuhl, um schneller vorwärts zu kommen oder für längere Strecken

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

D

- Ich kann ohne Gehhilfen frei gehen, muss mich aber beim Treppensteigen und -herabgehen am Geländer halten

und

lege deshalb die meisten Strecken gehend zurück

und

habe Schwierigkeiten, auf unebenem Untergrund, in abfallendem Gelände oder in einer Menschenansammlung zu gehen

und

bevorzuge gelegentlich eine Gehhilfe (z.B. Gehstock oder Unterarmgehstütze) oder einen Rollstuhl, um schneller vorwärts zu kommen oder wenn längere Strecken zurückzulegen sind

E

- Ich kann ohne Gehhilfen frei gehen und kann, ohne mich am Geländer zu halten, eine Treppe hoch- und runtergehen

und

gehe wohin ich möchte, unabhängig von den äußeren Umständen (auch bei unebenem Untergrund, abfallendem Gelände oder in Menschenansammlungen

und

kann rennen und springen, wenn auch mit gewissen Einschränkungen bei meiner Schnelligkeit, beim Halten des Gleichgewichts und in der Koordination meiner Bewegungen

4.2 Klassifikation der Ess- und Trinkfähigkeit (analog zu EDACS)

- a) Ist Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme möglich ohne Aspirationsrisiko (d.h. Risiko des Verschluckens und anschließendes Einatmen der Flüssigkeit/Nahrung in die Lunge)?

Ja Nein, wenn „nein“, weiter mit 4.2 d)

- b) Wenn ja: Ist es möglich, ohne Risiko eines Erstickungsanfalles harte Nahrungsstücke abzubeißen und zu kauen?

Ja Nein, wenn nein weiter mit Frage 4.3 „Schmerzen“

- c) Wenn ja: ist die Nahrungsaufnahme besonders langsam im Vergleich mit anderen?

Ja Nein,

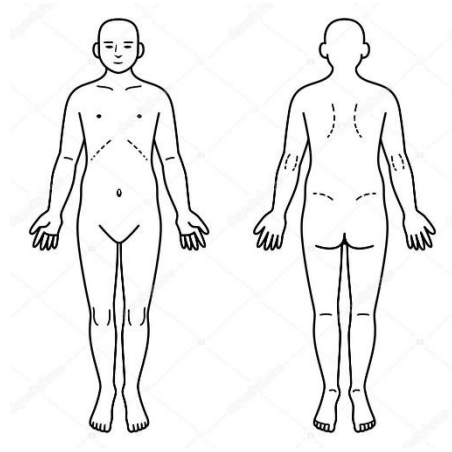
Wenn nein bei Frage a)

- d) Kann das Aspirationsrisiko reduziert werden, um Gesundheitsschäden zu verhindern?

Ja Nein

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

4.3 Schmerzen



4.3.1 Bitte die Stellen vorne/hinten ankreuzen, an denen Schmerzen bestehen

https://st2.depositphotos.com/6723736/10981/v/950/depositphotos_109819876-stock-illustration-human-body-front-and-back.jpg

4.3.2 Wie oft bestanden die Schmerzen in der letzten Zeit?

- Täglich mehrmals die Woche ca. 1x/Woche
 mehrmals im Monat ca. 1x im Monat seltener

4.3.3 Die Schmerzen sind:

- drückend beengend pochend pressend ziehend
 stechend brennend

(bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

4.3.4 Treten die Schmerzen zu einer bestimmten Tageszeit auf oder in Zusammenhang mit einer bestimmten Tätigkeit?

Wenn ja: wann und bei welcher Tätigkeit?

4.3.5 Sind Sie schon einmal nachts wegen der Schmerzen aufgewacht?

- Ja nein

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

4.3.6 Jetzt geht es um die Schmerzen der letzten 7 Tage.

Wie stark waren die stärksten Schmerzen? (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz										

Wie stark waren die Schmerzen meistens? (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz										

sind Sie nach dem Schmerz (bitte zutreffendes ankreuzen)

fit müde erschöpft

4.4 Klassifikation der manuellen Fähigkeiten (analog zu MACS)

Bitte betreffende Stufe ankreuzen

- Stufe 1:**
Geht mühelos und erfolgreich mit Gegenständen um. Allenfalls ist die Leichtigkeit der Ausführung bei manuellen Aufgaben, die Schnelligkeit und Genauigkeit erfordern, eingeschränkt. Bestehende Einschränkungen manuelle Fähigkeiten wirken sich jedoch nicht auf die Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten aus.
- Stufe 2:**
Geht mit den meisten Gegenständen um, jedoch mit leicht eingeschränkter Qualität und/oder Geschwindigkeit der Ausführung. Manche Aktivitäten werden eventuell vermieden oder nur mit etwas Schwierigkeiten ausgeführt; alternative Wege könnten bei der Ausführung eingesetzt werden, aber die manuellen Fähigkeiten schränken die Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten meistens nicht ein.
- Stufe 3:**
Geht mit Schwierigkeiten mit Gegenständen um; braucht Hilfe, um Aktivitäten vorzubereiten und/oder abzuwandeln. Die Ausführung ist langsam und wird mit eingeschränktem Erfolg bezüglich Qualität und Quantität erreicht. Aktivitäten werden selbständig ausgeführt, wenn sie vorbereitet oder adaptiert wurden.

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

- Stufe 4:**
Geht mit einer begrenzten Auswahl von leicht handhabbaren Gegenständen in angepassten Situationen um. Führt Teile von Aktivitäten mit Mühe und begrenztem Erfolg aus. Braucht durchgehend Unterstützung und Hilfe und/oder Hilfsmittel, selbst um eine Aktivität nur teilweise zustande zu bringen.
- Stufe 5:**
Geht nicht mit Gegenständen um und ist erheblich in seinen Fähigkeiten eingeschränkt, selbst bei der Ausführung einfachster Aktionen. Ist vollständig auf Hilfestellung angewiesen.

4.5 Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index)

Jeweils ankreuzen

Essen/Trinken

- Unfähig, allein zu essen (z.B. PEG)
- Braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen
- Selbständig, benötigt keine Hilfe

Stuhlkontinenz

- Stuhlinkontinent
- Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Woche)
- Ständig kontinent

Urinkontrolle

- Harninkontinent
- Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Tag)
- Ständig kontinent

Toilettenbenutzung

- Abhängig von fremder Hilfe
- Benötigt Hilfe wg. fehlenden Gleichgewichts oder beim Ausziehen
- Selbständig, benötigt keine Hilfe

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

Sich waschen

- Abhängig von fremder Hilfe
- Selbständig, benötigt keine Hilfe

Baden/Duschen

- Benötigt Hilfe
- Selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen

An-/ Auskleiden

- Unfähig, sich allein an- und auszuziehen
- Braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50% allein durchführen
- Selbständig, benötigt keine Hilfe

Aufsetzen und Umsetzen

- wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
- erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
- komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück

Aufstehen und Gehen

- Immobil bzw. Strecke < 50 m
- Unterstütztes Gehen möglich, Strecke > 50 m
- Selbständiges Gehen möglich (Hilfsmittel erlaubt), Strecke > 50 m

Treppensteigen

- Unfähig, allein zu Treppen zu steigen
- Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen
- Selbständiges Treppensteigen möglich

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB

4.6 motorische und kognitive Fähigkeiten (FIM-Index)

jeweils Punktezahl von 1-7 vergeben

- 1 = totale Hilfestellung
- 2 = ausgeprägte Hilfestellung
- 3 = mäßige Hilfestellung
- 4 = Kontakthilfe
- 5 = Supervision oder Vorbereitung durch Helfer
- 6 = eingeschränkte Selbständigkeit, aber keine Hilfsperson erforderlich
(z.B. Sicherheitsbedenken)
- 7 = völlige Selbständigkeit

4.6.1 Selbstversorgung (Punkte siehe 4.6 eintragen)

Essen/Trinken _____
Körperpflege _____
Baden/Duschen/Waschen _____
Ankleiden oben _____
Ankleiden unten _____
Intimhygiene _____

4.6.2 Kontinenz

Blasenkontrolle _____
Darmkontrolle _____

4.6.3 Transfers

Bett/Stuhl/Rollstuhl _____
Toilettensitz _____
Dusche/Badewanne _____

4.6.4 Fortbewegung

Gehen/Rollstuhl _____
Treppensteigen _____

4.6.5 Kommunikation

Verstehen _____
Ausdruck (sich verständlich machen) _____

4.6.6 Soziales

Soziales Verhalten _____
Problemlösungsfähigkeit _____
Gedächtnisleistung _____

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB



Ort, Datum

Unterschrift Patienten bzw. Betreuer/in

Hiermit bestätige ich, dass ich die Information zum Datenschutz erhalten und gelesen habe.



Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. Betreuer/in



Schweigepflichtentbindung

info@mzeb-muenchen.de
Tel: 089/5203598-0
Fax: 089/5203598-10
Ärztliche Leitung:
Dr. V. Wegener

Name Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ggf. Name/ Anschrift / Telefonnummer gesetzliche(r) Betreuer/in:

Hiermit entbinde ich den/ die nachfolgend benannten Arzt/ Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonen, Mitarbeiter von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten oder Pflegeheimen, Mitarbeiter von Versicherungen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Behörden, Arbeitgeber

1.) _____

(Name, Vorname, Institution)

2.) _____

(Name, Vorname, Institution)

3.) _____

(Name, Vorname, Institution)

Sowie die Mitarbeiter des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) der Stiftung ICP München, soweit im Rahmen der Behandlung durch das MZEB erforderlich, wechselseitig von seiner/ihrer gesetzlichen und/oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber des MZEBs. Ich gebe außerdem meine Zustimmung, dass das MZEB Einsicht in die medizinischen Unterlagen, insbesondere in vorhandene Arztbefunde mit Diagnosen und Gutachten erhält, sowie medizinische Unterlagen ausgehändigt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum und Unterschrift Patient/in oder gesetzliche(r) Betreuer/in:

Datum

Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Stiftung ICP München

Praxisname: Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung der Stiftung ICP München

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Chiemgaustraße 30, 81549 München

Kontaktdaten (Telefon, E-Mail): 089 5203598-0, info@mzeb-muenchen.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Datenschutzbeauftragter der Stiftung ICP München
 c/o activeMind.legal Rechtsanwaltsgesellschaft m.b.H.

Anschrift: Potsdamer Str. 3, 80802 München

Kontaktdaten: 089 91 92 94 - 400, datenschutz@icpmuenchen.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund vertraglicher als auch gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und private Krankenversicherungsträger, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen und sonstige Kostenträger sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht

Anschrift: Promenade 27, 91522 Ansbach

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 6 Absatz 1 lit. b) und c), Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz und gegebenenfalls auf Grundlage Ihrer Einwilligungserklärung. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Die Zugangsvoraussetzungen

Vollendung des 18. Lebensjahres

und

GdB > = 50

und

Merkzeichen (G, aG, H, Bl, Gl, Tbl)

(Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beilegen)



Diagnosenliste A: mindestens 1 Diagnose

B91 Polio Folgezustände

F70- F79 Intelligenzstörung

F80.- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

F84.- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

G10-14 Systematrophien ZNS

G31.9 degenerative Krankheit des Nervensystems

G35 MS

G60.0. HSMN

G70-73 neuromuskuläre Erkrankungen

G80-G83. Cerebralparese, Hemiparese, Tetraplegie, sonstige Lähmungen

G93.1. hypoxischer Hirnschaden

G93.7 Reye-Syndrom

I69.0-8 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

T90.5. Folgen nach Schädel-Hirn-Trauma

Q00 -Q99 Chromosomenanomalien und Defekte

R13.- Dysphagie

R47.- Sprech- und Sprachstörungen anderenorts nicht klassifiziert

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein

06

Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Q J J

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Geschlecht

T T M M J J W M

Überweisung an **MZEB**

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

T T M M J J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

G80.xG und/oder Q00-07.xG und/oder Q90-99.xG und/oder R47.xG

Befund/Medikation

Auftrag

Mitbehandlung durch MZEB oder ähnlich

MUSTER zur Vorlage beim überweisenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes