

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

MZEB der Stiftung ICP 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 Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung der Stiftung ICP München

Sehr geehrte Damen und Herren,
vielen Dank für Ihr Interesse an unserem MZEB.

Anbei erhalten Sie unsere Anmeldeunterlagen. Wir bitten Sie, diese auszufüllen und per Post an uns zurückzusenden.

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.

Mit freundlichen Grüßen

MZEB Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung

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 der Stiftung ICP München

Bitte zurücksenden an:

MZEB der Stiftung ICP München

Chiemgaustraße 30

81549 München

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Angehörige und Betreuende,
herzlich willkommen im MZEB der Stiftung ICP München!

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 ohne Ihre Zustimmung an Dritte weitergegeben.

Wir bitten Sie, die beigefügte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht dann zu unterzeichnen, wenn wir weitere Befunde direkt einholen müssen, z.B. von Kliniken, oder Ihrem Hausarzt einen Brief senden dürfen. 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: Straße, Hausnummer * _____

PLZ * _____ Ort * _____

Telefon * _____ E-Mail * _____

Mobiltelefon _____

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

GdB (Grad der Behinderung) *: _____

Anmeldefragebogen für die ambulante Behandlung im MZEB der Stiftung ICP München

Merkzeichen*

G, aG, H, BL, GL, B, RF, 1.KI (bitte Kopie des Behindertenausweises beifügen)

Hilfebedarfsgruppe: ja, 1 2 3 4 keine

2. 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

3. Gesetzliche/r Betreuer/in: * gibt es eine gesetzliche Betreuung? nein,

ja: Mutter/ Vater/ sonstige (jeweils mit Anschrift und Telefonnummer)

Name, Adresse und Erreichbarkeit gesetztl. Betreuer/in

4. Patientenverfügung vorhanden? * ja nein

5. 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*

6. Aktueller Vorstellungsgrund*

6.1 Formulieren Sie bitte hier Ihr Anliegen. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, dies medizinisch auszuformulieren, lassen Sie bitte Ihren bisher hauptsächlich behandelnden Arzt (z.B. Kinderarzt, Hausarzt) diese Zeilen ausfüllen, oder legen Sie ein gesondertes Blatt bei.

6.2 Diagnosen*

Angaben möglichst genau, mindestens eine Hauptdiagnose, besser mehrere (Haupt- und Neben-) Diagnosen. Die Diagnosen finden sich z.B. in Berichten von überweisenden Ärzten, Krankenhausaufenthalten etc. Wenn Sie eine Kodierung nach ICD-10 System vorfinden (z.B. Q80.1G, steht manchmal, aber nicht immer hinter den Diagnosen) diese bitte unbedingt mit angeben. **Haben Sie hierzu Fragen rufen Sie uns bitte an.**

6.3 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: _____

6.4 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:		

7. Zusätzliche Informationen:

7.1 Größe _____ cm **Gewicht** _____ kg

7.2 Zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen* ja nein, Wenn nein: welche Krankheit/Keim, Kurzbeschreibung (z.B. MRSA in der Nase)

7.3 Hilfsmittel

Rollstuhl Rollator Orthesen Stehbrett Hörgerät Brille sonstige

7.4 Ventil oder Shunt ja nein

7.5 Epilepsie oder andere Anfallsformen: ja nein,

Anfallsbeschreibung, Häufigkeit/ Dauer, Notfallmedikament ja nein

7.6 Diabetes mellitus ja nein

Wenn ja: Typ 1/2/ andere Typen. Welche Medikamente/ Tabletten/ Insulin

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

Blasenkatheter/ Stoma, Größe CH/F: _____

Inkontinenzversorgung („Windel“)

sonstige (Pouch, Conduit, etc., bitte angeben):

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

spontan, unwillkürlich

Inkontinenzversorgung („Windel“)

Ausräumen

Einläufe

- Abführmittel
 andere Technik (bitte nennen/beschreiben):

7.9 Besondere Kostformen, Ernährungsarten? nein ja und zwar:
seit wann, System (z.B. PEG), Sondennahrung/ Flüssigkeit, am besten mit beigefügtem Plan Menge/
Zeitpunkt etc.

7.10 Allergien, Unverträglichkeiten nein ja, folgende:
Wenn ja: Allergieausweis, wenn vorhanden mitbringen, Kurzbeschreibung (z.B. Symptome)

8. Besondere Angaben/ Klassifikationen*

Hier fragen wir spezifische Fähigkeiten i.S. eines Assessments ab. Diese Angaben helfen uns, den
Hilfebedarf genauer einzuschätzen. Hierbei gilt: Es muss **nicht** ausgefüllt werden, wenn in dem
betreffenden Bereich keine Einschränkungen vorliegen!

8.1 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 die
auswählen, die **am meisten zutrifft!**

- Ich kann ohne Gehhilfen **frei gehen** und kann, ohne mich am Geländer zu halten, eine Treppe hoch-
und runtergehen. (GMFCS Level I)
- Ich kann ohne Gehhilfen **frei gehen**, muss mich aber beim **Treppensteigen** und -herabgehen am
Geländer **halten**. (GMFCS Level II)
- Ich kann selbständig stehen und kann **mit einer Gehhilfe** (z.B. Posterior- Walker, Rollator,
Unterarmgehstützen, Gehstöcken) gehen. Ich habe Schwierigkeiten, ohne Unterstützung Treppen
zu steigen oder auf unebenem Untergrund zu gehen. Manchmal nutze ich evtl einen Rollstuhl.
(GMFCS Level III)
- Ich kann selbständig sitzen, aber ohne tatkräftige Unterstützung **nicht gehen oder stehen**. Ich bin
im Alltag auf den **Rollstuhl** angewiesen, kann den Rollstuhl selber antreiben oder einen
Elektrollstuhl steuern. (GMFCS Level IV)
- Ich habe **Schwierigkeiten**, selbständig zu sitzen und, egal in welcher Ausgangslage, meine **Kopf-
und Körperhaltung zu kontrollieren**. Ich brauche eine speziell angepasste Sitzhilfe für ein
bequemes Sitzen und muss überall hingeschoben werden. (GMFCS Level V)

8.2. Klassifikation der Ess- und Trinkfähigkeit (analog zu EDACS)

- a) Ist die Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme möglich ohne Aspirationsrisiko (d.h. Risiko des
Verschluckens und anschließendes Einatmen der Flüssigkeit/ Nahrung in die Lunge)? Ja
Nein
- b) Ich kann harte Nahrungstücke abbeißen und kauen. Ja Nein
- c) Ist die Nahrungsaufnahme besonders langsam im Vergleich mit anderen? Ja Nein
- d) Kann das Aspirationsrisiko reduziert werden, um Gesundheitsschäden zu verhindern?
 Ja Nein, wenn Ja, wie? _____

8.3. Schmerzen

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

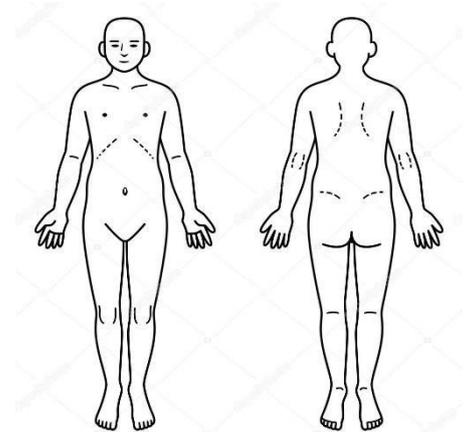
Wie oft bestanden die Schmerzen in der letzten Zeit?

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

Die Schmerzen sind: drückend, beengend, pochend pressend, ziehend, stechend, rennend
 (bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

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

Wenn ja: wann und bei welcher Tätigkeit?



Sind Sie schon einmal nachts wegen der Schmerzen aufgewacht? Ja nein

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

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

8.4 Motorische und kognitive Fähigkeiten (FIM-Index)

FIM-INDEX				
MOTORISCHE ITEMS			Bewertung:	
A	Selbstversorgung	Essen / Trinken	1 bis 7	
B		Körperpflege	1 bis 7	
C		Baden / Duschen / Waschen	1 bis 7	
D		Ankleiden oben	1 bis 7	
E		Ankleiden unten	1 bis 7	
F		Intimhygiene	1 bis 7	
G	Kontinenz	Blasenkontrolle	1 bis 7	
H		Darmkontrolle	1 bis 7	
I	Transfers	Bett / Stuhl / Rollstuhl	1 bis 7	
J		Toilettensitz	1 bis 7	
K		Dusche / Badewanne	1 bis 7	
L	Fortbewegung	Gehen / Rollstuhl	1 bis 7	
M		Treppensteigen	1 bis 7	
Ergebnis Motor. Items (13 bis 91 Punkte)				
KOGNITIVE ITEMS			Bewertung:	
N	Kommunikation	Verstehen	1 bis 7	
O		Ausdruck (sich verständlich machen)	1 bis 7	
P	Soziales	Soziales Verhalten	1 bis 7	
Q		Problemlösungsfähigkeit	1 bis 7	
R		Gedächtnis	1 bis 7	
Ergebnis Kognitive Items (5 bis 35 Punkte)				
Summenschcoreangabe (18 bis 126 Punkte)				

Punkteskala für den Grad der Selbständigkeit:

7P Vollständige Unabhängigkeit

6P Unabhängigkeit nur bei Gebrauch von Hilfsmitteln oder erhöhtem Zeitaufwand

5P Hilfestellung ohne körperlichen Kontakt oder nur zur Vorbereitung

4P Hilfestellung bei minimalem Kontakt; Patient/-in führt die Aktivität zu **75–99 % selbständig** aus

3P Mäßige Hilfestellung; Patient/-in führt die Aktivität zu 50–74 % selbständig aus

2P Erhebliche Hilfestellung; Patient/-in führt die Aktivität zu 25–49 % selbständig aus

1P Vollständige Hilfestellung; Patient/-in ist an der Ausführung der Aktivität zu **weniger als 25 % beteiligt** oder Anteil nicht beurteilbar

8.5 Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index)

Barthel-Index (ICD-10-GM Version 2023, adaptiert mit Beispielen)

Kategorie	Fähigkeitsbeschreibung	mögliche Punktzahl	erreichte Punktzahl
Essen	Unfähig, allein zu essen, keine PEG Ernährung	0	
	Braucht etwas Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, z.B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen, Hilfe bei PEG Versorgung	5	
	komplett selbständig, benötigt keine Hilfe, oder selbstständige PEG Versorgung	10	
Stuhlinkontinenz	durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0	
	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / Anus- <i>praeter</i> (AP)-Versorgung	5	
	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	10	
Harninkontinenz	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0	
	selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5	
	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10	
Toilettenbenutzung	Abhängig von fremder Hilfe, benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0	
	Benötigt Hilfe wg. fehlenden Gleichgewichts oder beim Ausziehen. vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5	
	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10	
Sich waschen	Abhängig von fremder Hilfe	0	
	vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5	
Baden, Duschen	Benötigt Hilfe	0	
	selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5	
An-/ Auskleiden	Unfähig, sich allein an- und auszuziehen	0	
	Braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50% allein durchführen, kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5	
	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10	
Aufsetzen und Umsetzen (Transfer)	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0	
	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5	
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10	
	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15	
Aufstehen und Gehen	Immobil bzw. Strecke < 50 m	0	
	Unabhängig mit Rollstuhl, incl. Ecken, Strecke > 50 m, mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen. alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5	
	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	10	
	Selbständiges Gehen möglich: ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15	
Treppensteigen	Unfähig, allein zu Treppen zu steigen	0	
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteige, mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	5	
	Selbständiges Treppensteigen möglich, ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	10	
Summen-scoreangabe:			

8.6 Klassifikation der manuellen Fähigkeiten (analog zu MACS)

Bitte betreffende Stufe ankreuzen

- Stufe 1:** Geht mühelos und erfolgreich mit Gegenständen um.
- Stufe 2:** Geht mit den meisten Gegenständen um, jedoch mit leicht eingeschränkter Qualität und/oder Geschwindigkeit der Ausführung.
- 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.
- 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.
- 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.

Hiermit bestätige ich, dass ich mich im MZEB der Stiftung ICP München anmelde und dass ich die obigen Daten nach bestem Wissen und Gewissen korrekt angegeben habe. Das MZEB wird mit mir Kontakt aufnehmen, um eventuelle Rückfragen zu stellen und einen Termin zu vereinbaren.

Ort, Datum



Unterschrift Patient/in bzw. Betreuer/in

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

Ort, Datum



Unterschrift Patient/in bzw. Betreuer/in

Schweigepflichtentbindung

Name Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

MZEB der Stiftung ICP München
Chiemgastr. 30 81549 München
info@mzeb-muenchen.de
Tel: 089/5203598-0
Fax: 089/5203598-10
Ärztliche Leitung: Dr. V. Wegener

Name/ Anschrift 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, sowie die Mitarbeiter des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) der Stiftung ICP München, soweit dies für die Durchführung der Behandlung, Diagnostik oder Weiterbehandlung erforderlich ist, wechselseitig von seiner/ihrer gesetzlichen und/oder vertraglichen Schweigepflicht

Einverständniserklärung für Übermittlung und Erhalt von Gesundheitsdaten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/ die Behandlungsdaten (u.a. Diagnosen, Behandlungsergebnisse, Laborbefunde, Röntgenbilder und genetische Daten) unseres/meines Angehörigen/Betreuten bei Bedarf an die im Folgenden genannten Personen zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei den genannten Personen vorliegende Befunde/Behandlungsdaten, soweit sie für die Behandlung erforderlich sind, durch das MZEB der Stiftung ICP München angefordert werden können.

Diese Erklärung beruht auf meiner Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO und ist freiwillig. Die übermittelten Daten werden nur so lange gespeichert, wie sie für die Behandlung und Dokumentation benötigt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht, jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ihre Daten werden gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt. Weitere Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und zu meinen Rechten finde ich in der Datenschutzerklärung des MZEB, die mir im Anmeldebogen ausgehändigt wurde. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Arztbrief, der vom MZEB ausgestellt wird, an mich als Patient/in bzw. an meine gesetzliche Betreuung und den oben genannten Hausarzt (Überweiser) gesendet wird.

1.) Hausarzt/Kinderarzt: _____

(Name, Vorname, Institution)

2.) _____

(Name, Vorname, Institution)

3.) _____

(Name, Vorname, Institution)



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Betreuer/in

Einverständniserklärung für Recall-System und Terminerinnerung

Das MZEB möchte Sie im Rahmen des Recall-Systems an die Durchführung von Untersuchungen erinnern. Mit dieser Erklärung und Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Kontaktaufnahme durch das MZEB zum Zwecke der Terminerinnerung für Behandlungstermine ein. Hierfür werden folgende personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet: Name, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Behandlungsdaten (u.a. Art oder Termin der Behandlung, behandelnder Arzt), ie Kontaktaufnahme kann daher per E-Mail, SMS oder Telefon erfolgen. Die Teilnahme am Recall-System beruht auf Ihrer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO und ist freiwillig. Ferner kann sich die Verarbeitung zur Erfüllung des Vertrages mit Ihnen erfolgen, wenn es sich um einen notwendigen Bestandteil der medizinischen Behandlung handelt. Ihre Daten werden nur so lange gespeichert, wie sie für die Terminerinnerung benötigt werden bzw. bis zum Widerruf Ihrer Einwilligung. Sie können die Einwilligung für das Recall-System und Terminerinnerung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihre Daten werden gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihren meinen Rechten finden Sie in der Datenschutzerklärung des MZEB.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Betreuer/in

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ - DATENSCHUTZERKLÄRUNG

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, Therapievorschläge 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 berechtigte 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

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

ICD z.B. G80.0 G

Befund/Medikation

Auftrag

MUSTER zur Vorlage beim überweisenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes