



Anmeldebogen zur Verlegung aus vollstationärer Behandlung im Land Berlin

Liebe Kollegen, liebe Angehörige,

Bitte füllen sie die Textfelder gut lesbar in DRUCKBUCHSTABEN, mit einem SCHWARZEN Kugelschreiber aus!

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir NUR vollständig ausgefüllte Anmeldeunterlagen weiter bearbeiten können.

Informationen zum Patienten / zur Patientin:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Krankenkasse

Staatsangehörigkeit: _____

Datum der Anmeldung: _____

Institution: _____

Anmeldung durch: _____

Rückrufnr.: _____

Fax/E-Mail: _____

Grad der **Intelligenzminderung**: Lernbehinderung leichtgradig mittelgradig schwer schwerst
Einstufung beruht auf ... durchgeführter **psychologischer Testung**

Einschätzung des Pflegeteams oder Angehöriger

Pflegegrad:

keine Einstufung

1 2 3 4 5

Einstufung beantragt

Umgruppierung beantragt

Bitte entscheiden Sie sich für **je eine Angabe. Was ist für den Patienten charakteristisch?**

Spricht nicht oder **max 3-5 Wort- Sätze?**

ODER

Kann ausdrücken, was am Tag passiert ist und wie er sich fühlt?

Sucht er aktiv die Gesellschaft Gleichrangiger?

ODER

Orientiert sich der Patient überwiegend an Betreuungspersonen?

Gesetzl. Betreuung: _____

Keine gesetzliche Betreuung

Rechtliche Betreuung

Anschrift: _____

Gesundheitsfürsorge

Finanzielles

Aufenthaltsbest.

Behörden/Post

Einwilligungsvorbehalt

Tel.-Nr.: _____

Mobil.: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Wird eine unmittelbare Benachrichtigung bei besonderen Vorkommnissen erwünscht? → Ja Nein

Status der Unterbringung:

Freiwillige stationäre
Behandlung

Unterbringung nach BtG

bis _____

ist am _____
beantragt worden.

Liegt bereits ein richterlicher
Beschluss zur „Durchführung
unterbringungsähnlicher
Maßnahmen“ vor? Ja
 Nein

Wohnen:

Bundesland: _____

Betreute vollstationäre Einrichtung

Außen-WG/WG

Eigene Wohnung, Betreut / BEW

Elternhaus

Eigene Wohnung, nicht Betreut

Teilbetreute WG – Zeitraum: _____

Träger/Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax.-Nr.: _____

Seit Wann?: _____

E-Mail: _____

Wohnsituation gefährdet? _____

Bezugsbetr. : _____

Namen & Telefonnummern behandelnder Ärzte:

BITTE GEBEN DIE **VOLLSTÄNDIGE ANSCHRIFT** AN!

Psychiater: _____

Hausarzt: _____



Anmeldebogen zur Verlegung aus vollstationärer Behandlung im Land Berlin

Aktuelle Symptomatik / Problemverhalten / Auslöser / Lösungsversuche:

(Bitte fassen Sie die Angaben zusammen. Haben Sie dafür Verständnis, dass wir anhängende Verlaufsdokumentationen aus dem Lebensalltag der Patienten zunächst nicht berücksichtigen können. Vielen Dank)

Seit wann besteht dieses Verhalten **insgesamt**? _____ Seit wann tritt dieses Verhalten **verstärkt** auf? _____

Art und Ausprägung aggressiver Handlungen: (Zutreffendes bitte Ankreuzen & Ergänzen)

Keine Aggression

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sachaggression | <input type="checkbox"/> Autoaggression | <input type="checkbox"/> Fremdaggression | <input type="checkbox"/> verbale Aggression |
| <input type="checkbox"/> Zerstören von Gegenständen | <input type="checkbox"/> oberflächliche Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> körperliche Bedrohungen | <input type="checkbox"/> sexuelle Annäherungen |
| <input type="checkbox"/> Werfen von Gegenständen | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung mit tiefen Wunden | <input type="checkbox"/> körperliche Angriffe | <input type="checkbox"/> sexuelle Übergriffe |

Frequenz + Anzahl aggressiver Handlungen: monatlich _____ mal wöchentlich _____ mal täglich _____ mal

Bitte schildern Sie das drastischste Ereignis aggressiver Handlungen: _____

Existieren juristische Verfahren aufgrund aggressiver Handlungen? Nein Ja → Jahr: _____ Grund: _____
Jahr: _____ Grund: _____

Körperliche Erkrankungen & Behinderungen/ Mobilitätseinschränkungen / Sinneseinschränkungen:

Befand sich der Patient bereits **früher in ambulanter bzw. stationärer Behandlung**? Ja wann zuletzt _____ Nein

Psychiatrische Erkrankungsanamnese (Ersterkrankung, Vorbehandlungen)

<u>Zeitraum</u>	<u>Institution (stationär/ambulant)</u>	<u>Diagnose</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Suizidversuche: ja / nein _____

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Anmeldebogens zur Verlegung.
Wir werden uns schnellst möglich mit Ihnen in Verbindung setzen.**

Bitte denken Sie bei einer Verlegung an den Arztbrief und den Pflegeüberleitungsbogen.

Ihr Team des Berliner Behandlungszentrums