

Anmeldebogen zur ambulanten Behandlung

Seite 1 von 4

- PIA am BHZ
- Gedächtnissprechstunde (mit Intelligenzminderung)
- Autismus-Ambulanz
- FASD-Ambulanz

Informationen zum Patienten / zur Patientin:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Gewicht: _____ Größe: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Datum der Anmeldung: _____

Anmeldung durch: _____

(Name der Person, die den/die Pat. in unserer Ambulanz anmeldet und Bezug zum/zur Pat.)

Unterschrift

Grad der Intelligenzminderung: Lernbehinderung leichtgradig mittelgradig schwer schwerst
Einstufung beruht auf ... durchgeführter **psychologischer Testung**
 Einschätzung des **Pflegeteams** oder Angehöriger

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?

Mit wem können wir Termine vereinbaren?

Gesetzl. Betreuung:

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Mobil.: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Keine gesetzliche Betreuung

Rechtliche Betreuung

Gesundheitsfürsorge

Finanzielles

Aufenthaltsbest.

Behörden/Post

Einwilligungsvorbehalt

Apotheke: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Hauskrankenpflege:

Anschrift: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Wohnen:

Bundesland: _____

Betreute vollstationäre Einrichtung

Eigene Wohnung, Betreut / BEW

Eigene Wohnung, nicht Betreut

Außen-WG/WG

Elternhaus

Teilbetreute WG – Zeitraum: _____

Träger/Name: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____

_____ Fax.-Nr.: _____

Seit Wann?: _____ E-Mail: _____

Wohnsituation gefährdet? _____ Bezugsbetr. : _____

Arbeit/Tagesstruktur:

Ausbildungsmaßnahme

Reha-Maßnahme

Werkstattbereich

Förderbereich

EU-Rentner

ABFBT

Seit Wann?: _____

Träger/Name: _____

Kontakt.: _____

Namen & Telefonnummern behandelnder Ärzte:

BITTE KREUZEN SIE DEN EINWEISENDEN ARZT AN & GEBEN DIE VOLLSTÄNDIGE ANSCHRIFT AN!

Psychiater: _____ Hausarzt: _____

Neurologe: _____ Urologe/Gyn.: _____

Zahnarzt: _____



Anmeldebogen zur ambulanten Behandlung

Familienanamnese: Eltern, Geschwister, Großeltern, Kinder, weitere wichtige Bezugspersonen, Erkrankungen in der Familie

Aktuelles Leben:

Ausbildung: _____

Arbeit: _____

Wohnen: _____

Partnerschaft: _____

Kinder: _____

Vergangenes Leben:

Heimaufenthalte: _____

Schule: _____

Wohnen: _____

Genese der Behinderung – Geburt / Frühe Kindheit / Jugend:

Besondere Ereignisse / Belastungen / Traumata im Laufe des Lebens:

Individuelles:

Schlaf: _____

Persönliche Vorlieben / Abneigungen: _____

Umgang mit Hilfsmitteln (Rollstuhl, Brille etc.): _____

Kulturtechniken: _____

Orientierung/ Wegefähigkeit: _____

Besuchsregelungen: _____

