



# Anmeldebogen PIA am BHZ

- PIA am BHZ (Intelligenzminderung)
- Gedächtnis-Sprechstunde (Intelligenzminderung)
- Autismus-Ambulanz (Intelligenzminderung)
- FASD-Ambulanz (mit und ohne Intelligenzminderung)

## 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?

## Terminvereinbarungen mit wem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 PIA am BHZ

Seite 2 von 4

### Aktuelle Symptomatik / Problemverhalten / Auslöser / Lösungsversuche:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Grund der Anmeldung?

- Abklärung möglicher somatischer Beschwerden  Diagnostische Abklärung  
 Zunahme bekannter Verhaltensauffälligkeiten  Auftreten neuartiger Verhaltensauffälligkeiten

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:

---

---

---

---

---

Allergien: \_\_\_\_\_

### Erwünschtes Behandlungsziel des Patienten und des komplementären Systems:

---

---

---

---

---





## Anmeldebogen PIA am BHZ

Seite 4 von 4

**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: \_\_\_\_\_