



# 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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Krankenkasse

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

**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?

## Pflegegrad:

keine Einstufung

1  2  3  4  5

Einstufung beantragt

Umgruppierung beantragt

**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 Verlaufsdocumentationen 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.**