

Anmeldebogen zur stationären Behandlung

Seite 1 von 4

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.
Dazu gehören der 4-seitige Anmeldebogen, die Einwilligungserklärung sowie die Zusage zur Rückübernahme. Vielen Dank.

Informationen zum Patienten / zur Patientin:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Gewicht: _____ Größe: _____

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. : _____

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 stationären Behandlung

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)

Grund der Anmeldung?

- Abklärung möglicher somatischer Beschwerden
 Zunahme bekannter Verhaltensauffälligkeiten
 Diagnostische Abklärung
 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: _____

Letzte zahnärztliche Vorstellung: _____ Letzte Tetanusimpfung: _____

Erwünschtes Behandlungsziel des Patienten und komplementären Systems:



Anmeldebogen zur stationären Behandlung

Familienanamnese:

Aktuelles Leben:

Ausbildung: _____

Arbeit: _____

Wohnen: _____

Partnerschaft: _____

Kinder: _____

Vergangenes Leben:

Heimaufenthalte: _____

Schule: _____

Wohnen: _____

Ursache der Behinderung – Geburt / Frühe Kindheit / Jugend:

Besondere Ereignisse / Belastungen / Traumata im Laufe des Lebens:

Individuelles: Besonderheiten in den folgenden Punkten besprechen Sie bitte mit den Kollegen der Station:

Schlaf: _____

Taschengeld: (Die Einteilung des Taschengeldes kann **nicht** über das Klinikpersonal erfolgen. Bitte entwickeln Sie im Vorfeld alternative Möglichkeiten.)

Persönliche Vorlieben / Abneigungen: _____

Kommunikation: _____

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

Besuchsvereinbarungen: _____ (Regelmäßige Besuche (mindestens 1x pro Woche) sind ausdrücklich erwünscht. Bitte teilen Sie uns und den Patienten die Termine Ihrer Besuche rechtzeitig mit.)

Hygiene/Wäsche: WG Angehörige - (Die Reinigung der Wäsche ist in der Klinik **nicht** möglich! Bitte achten Sie darauf, dass immer ausreichend saubere Wäsche vorhanden ist und verschmutzte Kleidung rechtzeitig abgeholt wird. Gleiches gilt für alle erforderlichen Hygieneartikel.)

Zigaretteinteilung: _____ (Eine Ausgabe von Tabakwaren an die Patienten ist durch das Klinikpersonal möglich. Die Bereitstellung der erforderlichen Menge an Tabakwaren erfolgt durch betreuende Personen und/oder Angehörige. Feuerzeuge, Streichhölzer etc. sind am Tag der Aufnahme beim Personal abzugeben.)

Betreuereinstimmung: Ja Nein **Rücknahmebestätigung:** Ja Nein **Schweigepflichtsentbindung:** Ja Nein **Kopie Betreuerausweis:** Ja Nein

