

Anmeldebogen zur ambulanten Behandlung/Diagnostik (Bereich: Erwachsene)

Reguläre Sprechstunde:

PIA am BHZ

Spezial-Sprechstunde:

Gedächtnissprechstunde (mit Störung der Intelligenzsentwicklung)

Autismus-Ambulanz (mit Störung der Intelligenzsentwicklung)

FASD-Ambulanz

Datum der Anmeldung: _____

Liebe Kollegen und Kolleginnen, liebe Angehörige,

bitte füllen Sie die Textfelder gut lesbar in Druckbuchstaben aus! Bitte haben Sie

Verständnis, dass wir **ausschließlich vollständig ausgefüllte Anmeldeunterlagen** bearbeiten können.

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**
Herzbergstraße 79
10365 Berlin

Behandlungszentrum (BHZ) für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen

Psychiatrische Institutsambulanz
(PIA am BHZ)
Chefarzt Dr. med. Björn Kruse

Rücksendung Ihrer Unterlagen:

Sekretariat: Janin Wendt
per Fax: 030 54 72 29 96 71
per E-Mail: ja.wendt@keh-berlin.de
per Post: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
PIA am BHZ, Haus 11
Herzbergstraße 79
10367 Berlin

Befinden Sie sich momentan in einer der nachfolgenden Einrichtungen oder in Behandlung/Therapie?

- Medizinisches Zentrum für Menschen mit Behinderungen (MZEB) nein ja
- psychiatrische Praxis nein ja
- psychologische Praxis nein ja

→ Falls Sie etwas mit JA beantwortet haben, füllen Sie bitte unbedingt das Formular „gleichzeitige Behandlung“ aus!

Patientendaten (m/w/d)

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers Staatsangehörigkeit: _____

Größe in cm : _____ Gewicht in kg: _____ Krankenkasse: _____

Grad der Störung der Intelligenzsentwicklung

Lernbehinderung leichtgradig mittelgradig schwer schwerst keine Intelligenzminderung

→ Einstufung beruht auf: durchgeföhrter psychologischer Testung Einschätzung des Pflegeteams oder durch Angehörige

Seit wann besteht die Ursache der Behinderung?: Geburt frühe Kindheit Jugend

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

Spricht nicht oder spricht max. 3-5 Wort-Sätze **ODER** Kann ausdrücken, was am Tag passiert/wie er sich fühlt

Sucht aktiv die Gesellschaft Gleichrangiger **ODER** Orientiert sich überwiegend an Betreuungspersonen

Was ist das gewünschte Behandlungsziel?

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?: _____

Bitte beschreiben Sie Folgendes:

- aktuelle Symptomatik:

- das Problemverhalten:

- Auslöser:

- bisherige Lösungsversuche:

Art und Ausprägung aggressiver Handlungen (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sachaggression | <input type="checkbox"/> Autoaggression | <input type="checkbox"/> Fremdaggression |
| <input type="checkbox"/> Zerstören von Gegenständen | <input type="checkbox"/> oberflächliche Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> körperliche Bedrohungen |
| <input type="checkbox"/> Werfen von Gegenständen | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung mit tiefen Wunden | <input type="checkbox"/> körperliche Angriffe |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggression | <input type="checkbox"/> sexuelle Annäherungen | <input type="checkbox"/> sexuelle Übergriffe |
- Frequenz und Anzahl aggressiver Handlungen: monatlich: ___ mal wöchentlich: ___ mal täglich: ___ mal

Bitte schildern Sie das drastischste Ereignis aggressiver Handlungen:

Gibt es besondere Ereignisse / Belastungen / Traumata im Laufe des Lebens?

→ Sollte der Platz für Ihre schriftlichen Angaben nicht ausreichen, fügen Sie bitte weitere Seiten hinzu.