

Anmeldebogen zur ambulanten Behandlung/Diagnostik (Bereich: Erwachsene)

Reguläre Sprechstunde:

☐ PIA am BHZ

Spezial-Sprechstunde:

- ☐ Gedächtnissprechstunde (mit Störung der Intelligenzentwicklung)
- ☐ Autismus-Ambulanz (mit Störung der Intelligenzentwicklung)
- ☐ 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 Intelligenzentwicklung

☐ Lernbehinderung ☐ leichtgradig ☐ mittelgradig ☐ schwer ☐ schwerst ☐ keine Intelligenzminderung

→ Einstufung beruht auf: ☐ durchgeführter psychologischer Testung ☐ Einschätzung des Pflorgeteams 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.