

## Stammdatenblatt

### Patientendaten:

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Mit wem können wir Termine vereinbaren?

☐ Frau   ☐ Herr   Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Bezug zum Patienten: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): \_\_\_\_\_

### Wohnsituation

- ☐ betreute vollstationäre Einrichtung   ☐ Elternhaus   ☐ eigene Wohnung (beteut/BEW)  
☐ eigene Wohnung (nicht betreut)   ☐ teilbetreute WG, betreuter Zeitraum: \_\_\_\_\_  
☐ anderes: \_\_\_\_\_

ggf. Träger der Wohneinrichtung/BEW (Name): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): \_\_\_\_\_

Ist der Wohnplatz gefährdet?   ☐ nein   ☐ ja   Wenn ja, zu wann: \_\_\_\_\_

### Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

- ☐ nein   ☐ ja  
→ falls ja, Bezug zum Patienten:   ☐ Berufsbetreuung   ☐ Verwandtschaftsverhältnis   ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

☐ Frau   ☐ Herr   Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

ggf. Betreuungsbüro (Name): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): \_\_\_\_\_

- Aufgabenkreis:   ☐ Vermögensangelegenheiten   ☐ Aufenthaltsbestimmung   ☐ Wohnungsangelegenheiten  
☐ Gesundheitsfürsorge   ☐ Post- und Fernmeldeangelegenheiten   ☐ Vertretung ggü. Behörden, Versicherungen etc.

**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

### Arbeit / Tagesstruktur

☐ Ausbildungs ☐ Reha-Maßnahme ☐ Werkstattbereich ☐ Förderbereich ☐ EU-Rentner ☐ interne Tagesstruktur

Seit wann?: \_\_\_\_\_ Ist der Arbeitsplatz gefährdet? ☐ nein ☐ ja

Träger (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): \_\_\_\_\_

Gruppenleitung (Name): \_\_\_\_\_

### behandelnde Ärzte

→ Bitte geben Sie weitere Arztkontakte an und geben die vollständige Adresse an.

Psychiatrie: ☐ Frau ☐ Herr Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisname: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): \_\_\_\_\_

Neurologie: ☐ Frau ☐ Herr Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisname: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): \_\_\_\_\_

Hausärztlich: ☐ Frau ☐ Herr Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisname: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): \_\_\_\_\_

### Leistungen aus der Pflegekasse

☐ nein ☐ ja, folgender Pflegegrad liegt vor: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Zusätzlich: ☐ Einstufung beantragt ☐ Umgruppierung beantragt, auf Pflegegrad: \_\_\_\_\_

### Zusätzliches

(Blister-)Apotheke (Name): \_\_\_\_\_

Hauskrankenpflege (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_