

Stammdatenblatt

Patientendaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**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

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.

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): _____