|  |  |
| --- | --- |
| **Informationen zum Patienten/zur Patientin:**  **Name:** Hier klicken.  **Vorname:** Hier klicken.  Geburtsdatum: Hier klicken.  Staatsangehörigkeit**:** Hier klicken.  Gewicht: Hier klicken.  Größe: Hier klicken.  Geschlecht:  weiblich  männlich  Krankenkasse: Hier klicken. | Datumder Anmeldung: Hier klicken.  Institution: Hier klicken.  Anmeldung durch: Hier klicken.  Rückruf-Nr.: Hier klicken.  Fax: Hier klicken.  E-Mail: Hier klicken. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesetzliche Betreuung:**  Keine gesetzliche Betreuung.  **Gesetzliche Betreuung:**  Name: Hier klicken.  Anschrift: Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken.  **Fax:** Hier klicken.  E-Mail: Hier klicken.  *Wird eine Benachrichtigung bei besonderen Vorkommnissen erwünscht?*  Ja  Nein | Gesundheitsfürsorge  Aufenthaltsbestimmung  Behörden/Post  Finanzielles  Einwilligungsvorbehalt |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wohnsituation:**  Einrichtung der besonderen Wohnform  Eigene Wohnung, betreutes Wohnen  Eigene Wohnung, nicht betreut  Träger/Name: Hier klicken.  Anschrift:Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken.  Fax:Hier klicken.  E-Mail: Hier klicken. | Außen-WG/WG  Elternhaus  Teilbetreute WG – Zeitraum: Hier klicken.  Seit wann? Hier klicken.  Bezugsbetreuer: Hier klicken.  Wohnsituation gefährdet? Hier klicken. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ausbildung/Arbeit:**  Ausbildungsmaßnahme  Fördergruppe  Reha-Maßnahme  Träger/Name: Hier klicken.  Anschrift:Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken.  Fax:Hier klicken.  E-Mail: Hier klicken. | Werkstattbereich  EU-Rentner  Arbeitsbereich  Seit wann? Hier klicken.  Bezugsbetreuer: Hier klicken. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grad der Intelligenzminderung:** | | | | | | | | | | | |
| Lernbehinderung | leichtgradig | | mittelgradig | | | | | | schwer | | schwerst |
| Einstufung beruht auf: | | | | | | durchgeführter psychologischer Testung  Einschätzung des Pflegeteams oder Angehörige | | | | | |
| 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? | | | |
| Kulturtechniken vorhanden? | | | | | Nein  Ja**:**  Lesen  Schreiben  Rechnen | | | | | | |
| Kann sich der Patient verbal artikulieren? | | gut | | | ausreichend/mittelmäßig | | | | | sehr wenig | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pflegegrad:**  Wählen Sie den Pflegegrad aus. | keine Einstufung  Einstufung beantragt  Umgruppierung beantragt |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name und Kontaktdaten behandelnder Ärzte:**  Psychiater:  Name: Hier klicken.  Anschrift: Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken.  Neurologe:  Name: Hier klicken.  Anschrift: Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken.  Orthopäde:  Name: Hier klicken.  Anschrift: Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken. | | Bitte kreuzen Sie den einweisenden Arzt an!  Hausarzt:  Name: Hier klicken.  Anschrift: Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken.  Urologe/Gynäkologe:  Name: Hier klicken.  Anschrift: Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken.  Zahnarzt:  Name: Hier klicken.  Anschrift: Hier klicken.  Telefonnr.: Hier klicken. | | | | |
| **Aktuelle Symptomatik/Problemverhalten:**  Hier klicken.  **Auslöser:**  Hier klicken.  **Lösungsversuche:**  Hier klicken. | | | | | | |
| **Grund der Anmeldung:**  Diagnostische Abklärung  Zunahme bekannter Verhaltensauffälligkeiten  Auftreten neuartiger Verhaltensauffälligkeiten  Seit wann besteht dieses Verhalten insgesamt? Hier klicken.  Seit wann tritt dieses Verhalten verstärkt auf? Hier klicken.  **Art und Ausprägung aggressiver Handlungen:** (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)  Keine Aggression | | | | |  | |
| Sachaggression  Zerstören von Gegenständen  Werfen von Gegenständen | Autoaggression  oberflächliche Selbstverletzung  Selbstverletzung mit tiefen Wunden | | Fremdaggression  körperliche Bedrohungen  körperliche Angriffe | verbale Aggression  sexuelle Annäherung  sexuelle Übergriffe | |

|  |
| --- |
| **Körperliche Erkrankungen & Behinderungen/Mobilitätseinschränkungen/Sinneseinschränkungen:**  Hier klicken.  **Allergien:** Hier klicken.  **Letzte zahnärztliche Vorstellung:** Hier klicken. **Letzte Tetanusimpfung:** Hier klicken. |

|  |
| --- |
| **Erwünschtes Behandlungsziel des Patienten und komplementären Systems:**  Hier klicken.  **Ein vorläufiges Ziel bzw. *Fragen im Aufnahmegespräch*:**  Hier klicken. |

|  |
| --- |
| **Familienanamnese:**  Hier klicken. |
| **Aktuelles Leben:**  Ausbildung: Hier klicken.  Arbeit: Hier klicken.  Wohnen: Hier klicken.  Partnerschaft: Hier klicken.  Kinder: Hier klicken. |
| **Vergangenes Leben:**  Heimaufenthalte: Hier klicken.  Schule: Hier klicken.  Wohnen: Hier klicken. |
| **Entstehung der Behinderung (Geburt / Frühe Kindheit / Jugend):**  Hier klicken.  **Besondere biografische Ereignisse (Belastungen / Traumata):**  Hier klicken.  **Weiterer Besonderheiten / Bemerkungen:**  Hier klicken. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Befand sich der Patient/die Patientin bereits früher in ambulanter bzw. stationärer Behandlung?  Ja zuletzt: Hier klicken. Nein  **Psychiatrische Erkrankungsanamnese** (Ersterkrankung, Vorbehandlungen):   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Zeitraum*** | ***Institution (stationär/ambulant)*** | ***Diagnose*** | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | |
| **Suizidversuche**:  Ja  Nein |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aktuelle Medikation:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ***Zeitraum*** | ***Medikament*** | ***Dosierung*** | ***Nebenwirkungen*** | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. |   **Frühere Medikation:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ***Zeitraum*** | ***Medikament*** | ***Dosierung*** | ***Nebenwirkungen*** | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | Hier klicken. | |
|  |