|  |  |
| --- | --- |
| **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 [ ]  männlichKrankenkasse: 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 betreutTräger/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-MaßnahmeTräger/Name: Hier klicken.Anschrift:Hier klicken.Telefonnr.: Hier klicken.Fax:Hier klicken.E-Mail: Hier klicken. | [ ]  Werkstattbereich[ ]  EU-Rentner[ ]  ArbeitsbereichSeit 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 VerhaltensauffälligkeitenSeit 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. |

 |
|  |