

## Aufnahmebogen zur ambulanten Behandlung in der Spezialambulanz des Fliedner Krankenhauses in Ratingen

### Informationen zur Patientin/zum Patienten:

Name: \_\_\_\_\_ Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Institution: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Anmeldung durch: \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Rückruf Nr.: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht:  weiblich  männlich Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Betreuung: \_\_\_\_\_  Keine gesetzl. Betreuung  
 Gesetzliche Betreuung:  Gesundheitsfürsorge  
 Aufenthaltsbestimmung  
 Behörden/Post  
 Finanzielles  
 Einwilligungsvorbehalt  
 Tel.-Nr./Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Wird eine Benachrichtigung bei besonderen Vorkommnissen erwünscht?  Ja  Nein

Wohnsituation:  Betreute vollstationäre Einrichtung  Außen-WG/WG  
 Eigene Wohnung, betreutes Wohnen  Elternhaus  
 Eigene Wohnung, nicht betreut  Teilbetreutes WG -Zeitraum: \_\_\_\_\_  
 Träger/Name: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr./Fax: \_\_\_\_\_  
 Bezugsbetreuer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Arbeit:  Ausbildungsmaßnahme  Reha-Maßnahme  EU-Rentner  
 Fördergruppe  Werkstattbereich  Arbeitsbereich  
 Träger/Name: \_\_\_\_\_ Seit Wann?: \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr./Fax: \_\_\_\_\_ Bezugsbetreuer.: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

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

### Körperliche Erkrankungen

### Namen und Kontaktdaten behandelnder Ärzte:

Psychiater: \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Symptomatik/Problemverhalten:**

---

---

---

---

---

**Auslöser:**

---

---

---

**Lösungsversuche:**

---

---

---

---

**Grund der Anmeldung?**

- Diagnostische Abklärung  Auftreten neuartiger Verhaltensauffälligkeiten  
 Zunahme bekannter Verhaltensauffälligkeiten  Verhaltensauffälligkeiten

Seit wann besteht dieses Verhalten **insgesamt?** \_\_\_\_\_ **Seit wann tritt dieses Verhalten verstärkt auf?** \_\_\_\_\_

**Art und Ausprägung aggressiver Handlungen: (Zutreffendes bitte Ankreuzen & Ergänzen)**  Keine Aggression

- |                                                     |                                                             |                                                  |                                                |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sachaggression             | <input type="checkbox"/> Autoaggression                     | <input type="checkbox"/> Fremdaggression         | <input type="checkbox"/> verbale Aggression    |
| <input type="checkbox"/> Zerstören von Gegenständen | <input type="checkbox"/> oberflächliche Selbstverletzung    | <input type="checkbox"/> körperliche Bedrohungen | <input type="checkbox"/> sexuelle Annäherungen |
| <input type="checkbox"/> Werfen von Gegenständen    | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung mit tiefen Wunden | <input type="checkbox"/> körperliche Angriffe    | <input type="checkbox"/> sexuelle Übergriffe   |

Häufigkeit / Anzahl aggressiver Handlungen:  monatlich \_\_\_\_ mal  wöchentlich \_\_\_\_ mal  täglich \_\_\_\_ mal

**Bitte schildern Sie wie sich die aggressiven Handlungen gewöhnlich ereignen:**

---

---

---

---

**Erwünschtes Behandlungsziel:**

---

---

---

---

---

**Ein vorläufiges Ziel bzw. Fragen im Aufnahmegespräch:**

---

---

---

---

Befand sich der Patient bereits früher in ambulanter bzw. stationärer Behandlung?

Ja, zuletzt \_\_\_\_\_

Nein

**Psychiatrische Erkrankungsanamnese** (Ersterkrankung, Vorbehandlungen)

Zeitraum	Institution (stationär/ambulant)	Diagnose

**Suizidversuche:** ja  nein

**Aktuelle Medikation:**

Zeitraum	Medikament	Dosierung	Nebenwirkungen

**Frühere Medikation:**

Zeitraum	Medikament	Dosierung	Nebenwirkungen

**Familienanamnese:**

---



---



---

**Entstehung der Behinderung (Geburt / Frühe Kindheit / Jugend)**

---



---



---

**Besondere biografische Ereignisse (Belastungen / Traumata):**

---



---



---

**Weitere Besonderheiten/Bemerkungen:**

---



---



---