|  |  |
| --- | --- |
| **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.  **Status der Unterbringung:**  Freiwillige stationäre Behandlung | Außen-WG/WG  Elternhaus  Teilbetreute WG – Zeitraum: Hier klicken.  Seit wann? Hier klicken.  Bezugsbetreuer: Hier klicken.  Wohnsituation gefährdet? Hier klicken.  Unterbringung nach BtG:  bis Hier klicken.  ist am Hier klicken. beantragt worden.  Liegt bereits ein richterlicher Beschluss „Durchführung unterbringungsähnlicher Maßnahmen“ vor?  Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. |

|  |
| --- |
| **Individuelles:** Besonderheiten in den folgenden Punkten besprechen Sie bitte mit den Kollegen der Station:  Schlaf: Hier klicken.  Taschengeld: (Die Einteilung des Taschengeldes kann **nicht** über das Klinikpersonal erfolgen. Bitte entwickeln Sie im Vorfeld alternative Möglichkeiten.)Hier klicken.  Persönliche Vorlieben / Abneigungen: Hier klicken.  Kommunikation: Hier klicken.  Umgang mit Hilfsmitteln (Rollstuhl, Brille etc.): Hier klicken.  Kostform:Hier klicken.  Hygiene / Wäsche:  WG  Angehörige – (Die Reinigung der Wäsche ist in der Klinik nicht möglich! Bitte achten Sie darauf, dass immer ausreichend saubere Wäsche vorhanden ist und verschmutzte Kleidung rechtzeitig abgeholt wird. Gleiches gilt für alle erforderlichen Hygieneartikel.)  Zigaretteneinteilung: Hier klicken.(Eine Ausgabe von Tabakwaren an die Patienten ist durch das Klinikpersonal möglich. Die Bereitstellung der erforderlichen Menge an Tabakwaren erfolgt durch betreuende Personen und/oder Angehörige. Feuerzeuge, Streichhölzer etc. sind am Tag der Aufnahme beim Personal abzugeben. |
| **Betreuereinwilligung:**  Ja  Nein **Wiederaufnahmezusage:**  Ja  Nein  **Schweigepflichtsentbindung:**  Ja  Nein **Kopie der Betreuungsurkunde:**  Ja  Nein |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Eine ausführliche Erhebung der Medikamentenanamnese erfolgt während des Aufnahmegespräches. Wir bitten Sie dennoch die Daten zur aktuellen Medikation nach bestem Wissen anzugeben. Zudem wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie entsprechende Unterlagen, die zur Erhebung der Medikamentenanamnese notwendig sind, am Aufnahmetag bereithalten. Vielen Dank für Ihre Mühe.  **Bitte bringen Sie am Aufnahmetag die notwendigen Medikamente für die ersten 3 Tage mit.**  **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. | |
|  |