

Aufnahmebogen zur ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung des Fliedner Krankenhauses in Ratingen**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.

Datum der 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.

 Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Behörden/Post Finanzielles Einwilligungsvorbehalt*Wird eine Benachrichtigung bei besonderen Vorkommnissen erwünscht?* Ja Nein**Wohnsituation:** Einrichtung der besonderen Wohnform Eigene Wohnung, betreutes Wohnen Eigene Wohnung, nicht betreut Außen-WG/WG Elternhaus Teilbetreute WG – Zeitraum: Hier klicken.

Träger/Name: Hier klicken.

Anschrift: Hier klicken.

Telefonnr.: Hier klicken.

Fax: Hier klicken.

E-Mail: Hier klicken.

Seit wann? Hier klicken.

Bezugsbetreuer: Hier klicken.

Wohnsituation gefährdet? Hier klicken.

Ausbildung/Arbeit: Ausbildungsmaßnahme Fördergruppe Reha-Maßnahme Werkstattbereich EU-Rentner Arbeitsbereich

Träger/Name: Hier klicken.

Anschrift: Hier klicken.

Telefonnr.: Hier klicken.

Fax: Hier klicken.

E-Mail: Hier klicken.

Seit wann? Hier klicken.

Bezugsbetreuer: Hier klicken.

Aufnahmebogen zur ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung des Fliedner Krankenhauses in Ratingen

Grad der Intelligenzminderung:

Lernbehinderung
 leichtgradig
 mittelgradig
 schwer
 schwerst

Einstufung beruht auf:

durchgeführter psychologischer Testung

Einschätzung des Pflorgeteams 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.

Aufnahmebogen zur ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung des Fliedner Krankenhauses in Ratingen**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
- | | | | |
|---|---|--|--|
| <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 Annäherung |
| <input type="checkbox"/> Werfen von Gegenständen | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung mit tiefen Wunden | <input type="checkbox"/> körperliche Angriffe | <input type="checkbox"/> 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.

Aufnahmebogen zur ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung des Fliedner Krankenhauses in Ratingen

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.

Aufnahmebogen zur ambulanten Behandlung in der Institutsambulanz für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung des Fliedner Krankenhauses in Ratingen

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.
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.