

Aufnahmebogen zur stationären Behandlung auf der Spezialstation 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.

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

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.

Status der Unterbringung:

Freiwillige stationäre Behandlung

Unterbringung nach BtG:

bis Hier klicken.

ist am Hier klicken. beantragt worden.

Liegt bereits ein richterlicher Beschluss „Durchführung unterbringungsähnlicher Maßnahmen“ vor?

Ja Nein

Aufnahmebogen zur stationären Behandlung auf der Spezialstation für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung des Fliedner Krankenhauses in Ratingen

Ausbildung/Arbeit:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungsmaßnahme | <input type="checkbox"/> Werkstattbereich |
| <input type="checkbox"/> Fördergruppe | <input type="checkbox"/> EU-Rentner |
| <input type="checkbox"/> Reha-Maßnahme | <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich |

Träger/Name: Hier klicken.

Seit wann? Hier klicken.

Anschrift: Hier klicken.

Bezugsbetreuer: Hier klicken.

Telefonnr.: Hier klicken.

Fax: Hier klicken.

E-Mail: 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?

- | | | |
|--|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> Spricht nicht oder max. 3-5 Wort-Sätze? | ODER | <input type="checkbox"/> Kann ausdrücken, was am Tag passiert ist und wie er sich fühlt? |
| <input type="checkbox"/> Sucht er aktiv die Gesellschaft Gleichrangiger? | ODER | <input type="checkbox"/> 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.

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.

Aufnahmebogen zur stationären Behandlung auf der Spezialstation für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung des Fliedner Krankenhauses in Ratingen

Orthopäde:
 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
- | | | | |
|---|---|--|--|
| <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.

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.

Aufnahmebogen zur stationären Behandlung auf der Spezialstation für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung des Fliedner Krankenhauses in Ratingen

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.)

Zigaretteinteilung: 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.)

Betreuereinstimmung: 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 Aufnahmegesprächs. 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.

**Aufnahmebogen zur stationären Behandlung auf der Spezialstation
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.	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.