



## Anmeldebogen zur stationären Behandlung

Seite 1 von 5

Datum: \_\_\_\_\_ Anmeldung durch: \_\_\_\_\_

### Informationen zum Patienten/zur Patientin

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Einstufung beantragt Umgruppierung beantragt

### Wohnen:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Träger/Name: \_\_\_\_\_

Kontakt: Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_ E-Mail.: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Betreute vollstationäre Einrichtung | <input type="checkbox"/> Außen-WG/WG                       |
| <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung, Betreut/BEW         | <input type="checkbox"/> Elternhaus                        |
| <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung, nicht Betreut       | <input type="checkbox"/> Teilbetreute WG - Zeitraum: _____ |

Seit wann? \_\_\_\_\_ Wohnsituation gefährdet? \_\_\_\_\_

Bezugsmitarbeiter:in: \_\_\_\_\_ Kontakt: \_\_\_\_\_

### Status der Unterbringung:

- Freiwillige stationäre Behandlung
- Unterbringung nach BtG  bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  ist am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ beantragt worden.

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

Weitere Freiheitsentziehende Maßnahmen: z.B. Fixierung/Bettgitter/Transponderarmband  Ja  Nein

---

---

---

Richterliche Anordnung bitte beifügen

**Gesetzliche Betreuung:** \_\_\_\_\_Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Weitere wichtige Bezugsperson:  
\_\_\_\_\_

- 
- Gesundheitsfürsorge
- 
- 
- Finanzielles
- 
- 
- Aufenthaltsbest.
- 
- 
- Behörden/Post
- 
- \_\_\_\_\_
- 
- 
- Keine gesetzl. Betreuung
- 
- 
- Einwilligungsfähig

Liegt eine Patientenverfügung vor?  Nein  Ja - Bitte zur Aufnahme mitbringen**Behandelnde Ärzt:innen:** Bitte kreuzen Sie den/die einweisende(n) Arzt/Ärztin an. Hausarzt:in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Psychiater:in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Neurologe:in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Gynäkologe:in/  Urologe:in/  Orthopäde:in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Besteht eine Anbindung an ein MZEB – wenn ja, bitte geben Sie die Adresse und den Kontakt an.  
\_\_\_\_\_**Grund der Anmeldung?**  Abklärung möglicher somatischer Beschwerden  Diagnostische Abklärung Zunahme bekannter Verhaltensauffälligkeiten  Vorsorge Auftreten neuartiger Verhaltensauffälligkeiten

Seit wann besteht die Problematik insgesamt? \_\_\_\_\_

Seit wann tritt diese Problematik verstärkt auf? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Symptomatik/Problemverhalten:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Art und Ausprägung evtl. bestehender aggressiver Handlungen:**

- keine Aggression
  Sachaggression
  Autoaggression
  Fremdaggression

Frequenz + Anzahl aggressiver Handlungen:  monatlich \_\_\_\_\_ mal  wöchentlich \_\_\_\_\_ mal

täglich \_\_\_\_\_ mal

Bitte schildern Sie Art und Ausprägung der aggressiven Handlungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erwünschtes Behandlungsziel:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medizinische Behandlungen in den letzten 12 Monaten (ambulant und stationär)**

Zeitraum	Institution	Diagnose
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Aktuelles Leben:**

Ausbildung: \_\_\_\_\_

Arbeit: \_\_\_\_\_

Partnerschaft: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Gab es innerhalb des letzten Jahres/der letzten 12 Monate Veränderungen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es besondere Ereignisse/Belastungen/Traumata im Laufe des Lebens? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Arbeit/Tagesstruktur:**

- Ausbildungsmaßnahme
- Reha-Maßnahme
- Werkstattbereich
- Förderbereich
- EU –Rentner
- erster Arbeitsmarkt

Seit wann?: \_\_\_\_\_

Träger/Name: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

**Individuelles:** Besonderheiten in den folgenden Punkten:

Grad der Intelligenzminderung:  Lernbehinderung oder  leichtgradig  mittelgradig  schwe  schwerst

Einstufung beruht auf  durchgeführter psychologischer Testung  Einschätzung des Pflgeteams oder Angehöriger

sucht sie/er aktiv die Gesellschaft Gleichrangiger ODER  orientiert sie/er sich überwiegend an Betreuungspersonen?

Bekannte Allergien:  Nein  Ja  
welche \_\_\_\_\_

Keimbesiedelung: (MRSA/MRGN/MRE.):  Nein  Ja

welche und wo? \_\_\_\_\_

Blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Pradaxa)  Nein  Ja

Kann eine Blutentnahme ohne Sedierung erfolgen  Ja  Nein

**Kommunikation:**  spricht nicht  spricht max. 3-5 Wort-Sätze  kann ausdrücken, was am Tag passiert ist und wie sie/er sich fühlt

(Sprache, Hilfsmittel...) \_\_\_\_\_

Körperpflege:  Selbstständig  Unterstützungsbedarf in folgenden Bereichen

**Ernährung:**  selbstständig  Unterstützungsbedarf (Besonderheiten: Sondenkost, Schluckstörung, Vorlieben...)

**Ausscheidungen:**  Selbstständig  Unterstützungsbedarf (Besonderheiten: Kontinenz/ Inkontinenz) \_\_\_\_\_

**Schlaf**

**Bewegung:**  selbständig  Unterstützungsbedarf (Besonderheiten/Hilfsmittel z.B. Rollstuhl, Orthesen) \_\_\_\_\_

**Persönliche Vorlieben/Abneigungen** (alle Lebensbereiche betreffend)

**Besonderheiten:** \_\_\_\_\_

**1:1 Betreuung notwendig**  ja  nein

**Aufenthalt:**

Patient:in wird von Angehörigen/Bezugsmitarbeitenden zur stationären Aufnahme begleitet  Ja  Nein

Unterbringung im Einzelzimmer erforderlich  Nein  Ja, Grund:

Unterbringung einer Begleitperson im Patienten-Zimmer  Nein  Ja

Regelmäßige Besuche (mindestens 1x pro Woche) sind ausdrücklich erwünscht. Durch Therapietermine/Untersuchungstermine kann es zu Wartezeiten kommen. Gerne können Sie Ihren Besuch telefonisch mit uns abstimmen.

Wäsche: Die Reinigung der Wäsche ist in der Klinik nicht möglich! Bitte achten Sie darauf, dass immer ausreichend saubere Wäsche vorhanden ist. Das Waschen auf der Station ist nur in Ausnahmefällen und nach Rücksprache möglich.

Handtücher und Inkontinenzmaterial sind vorhanden.

Eine Ausgabe von Tabakwaren an die Patient:innen ist durch das Klinikpersonal möglich. Die Bereitstellung der erforderlichen Menge an Tabakwaren/Feuerzeug für den gesamten Aufenthalt erfolgt durch betreuende Personen oder Angehörige und muss beim Personal abgegeben werden.

Zigaretteneinteilung \_\_\_\_\_

Wir verwalten/verwahren auf den Stationen kein Bargeld.

Weiteres Suchtverhalten: \_\_\_\_\_

Wir weisen darauf hin, dass die Klinik keine Krankentransportscheine ausfüllen kann, ohne dass eine vorherige schriftliche Genehmigung Ihrer Krankenkasse vorliegt.