

Patient/in

Telefon/ Handy:

Email:

Eltern

Telefon/Handy-Nr.:

Email:

Betreuer/in

o Mutter

o Vater

o andere Person:

Telefon/Handy-Nr.:

Email:

Wohnsituation

o zu Hause

o Wohneinrichtung

o Anderes:

Schulische Laufbahn / Berufliche Tätigkeit**Hausarzt/in + Adresse****Besteht ein Pflegegrad?**

o 1

o 2

o 3

o 4

o 5

o nein

Seit wann besteht die Beeinträchtigung?

o seit der Geburt

o seit dem Alter:

Art der Beeinträchtigung

o Intelligenzminderung

o Verhaltensauffälligkeiten

o autoaggressives Verhalten

o fremdaggressives Verhalten

o Psychiatrische Erkrankung:

(z.B. Depressive Störung, Schizophrenie, Zwangsstörung, Persönlichkeitsstörung)

o Autismus-Spektrum-Störung

o Epilepsie (**falls zutreffend folgende Felder Pflicht**)

o anfallsfrei seit:

o letzter Anfall:

o Anfälle treten weiterhin auf

(bitte Liste aller bereits eingesetzten Medikamente zur Erstvorstellung mitbringen)

o Zerebralparese

o Spastik

o ohne Kontrakturen

o mit Kontrakturen

o laufende Botulinumtoxin Therapie

o laufende Baclofenpumpen Therapie, Befüllungsintervall:

o Skoliose

o Demenz

o Genetisches Syndrom (z.B. Down-Syndrom)

o Sehbehinderung

- Hörbehinderung
- Schluckstörung
- andere:

Wie bewegen Sie sich?

- selbständiger Gang möglich
- gehfähig mit Hilfsmittel
- Rollstuhlpflichtig
 - selbstständig im Rollstuhl
 - Rollstuhl mit Hilfe
- Liegendtransport erforderlich

Begleiterkrankungen

- Allergien:
- Bluthochdruck
- Diabetes Mellitus
- Schilddrüsenerkrankungen:
- Magen-Darm-Erkrankungen:
 - PEG-Sonde
- Atemwegserkrankungen
 - Tracheostoma
 - Sauerstoffpflichtigkeit
- Nieren- und Harnblasenerkrankungen
 - Dauerkatheter
 - Suprapubischer Katheter
- Knochenerkrankungen:
 - Osteoporose
- Krebserkrankungen:
- Herzerkrankungen
- andere neurologische Erkrankungen:
(z.B. MS, Muskelatrophie, Polyneuropathie, Schlaganfall, Parkinson, RLS, Migräne, Myasthenie gravis)
- andere:

Wie erfolgt die Kommunikation aktuell?

- Lautsprache
 - einzelne Worte
 - Zwei- oder Drei-Wort-Sätze
 - fließende Sprache
- Laute, Körpersprache, Mimik und Gestik
- Unterstützte Kommunikation (siehe unten)
- Anderes:

Sprachverständnis

- vorhanden
- eingeschränkt
- kaum/nicht vorhanden

Welche Formen der Unterstützten Kommunikation wurden bislang eingesetzt?

- Gebärden
- Grafische Symbole
 - Bildkarten, Symboltafeln
 - Ich-Bücher, Über-mich-Bücher
 - Bilder-Ablaufpläne, Tagespläne

Technische Hilfsmittel (Talker, I-Pad, Tablet)

Anderes:

Therapien

Ergotherapie: ja, früher ja, aktuell nein

Physiotherapie: ja, früher ja, aktuell nein

Logopädische Therapie: ja, früher ja, aktuell nein

Psychotherapie: ja, früher ja, aktuell nein

Weitere:

Bisher betreuende Fachärzt:innen

Bisherige Anbindung in einem SPZ: ja in: nein

Medikamentenliste

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

- Bitte senden Sie den letzten aktuellen Brief mit den Anmeldeunterlagen mit.
- Bitte bringen Sie wichtige Vorbefunde (z.B. CT, MRT, Labor, genetische Testungen) und Arztbriefe zu der Erstvorstellung mit.
- Bitte bringen Sie eine Überweisung für jedes neue Quartal vom Hausarzt oder Facharzt mit
- Bitte bringen Sie, falls erfolgt, Ergebnisse von psychologischen Testungen (z.B. Intelligenztestung, Testung auf Autismus-Spektrum-Störung) mit.

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Patient/in

Betreuer/in, Name:

Arzt/in, Name:

Ort, Datum: