Patientenaufnahmebogen

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB)
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Liebenau Kliniken gemeinnützige GmbH
St. Lukas-Klinik
Siggenweilerstr. 11
88074 Meckenbeuren
Telefon: 07542/10-5304, Fax: 07542/10-5333

Sehr geehrte/r Patient/in, sehr geehrte/ Einweiser/in, sehr geehrte/r Betreuer/in,

Sie bzw. Ihr/e Patient/in (Angehörige/r) möchten einen Ersttermin im MZEB oder PIA der St. Lukas-Klinik erhalten.

Um entscheiden zu können, ob eine Behandlung im MZEB oder in der PIA sinnvoll ist, möchten wir Sie bitten, den folgenden Patientenaufnahmebogen auszufüllen. Das hilft uns in der Vorbereitung auf den Termin mit Ihnen und wir können uns gezielt mit Ihren Problemstellungen befassen. So können Untersuchungen vorab genau geplant und ein reibungsloser Ablauf im MZEB oder in der PIA erreicht werden, damit Ihr Besuch bei uns individuell auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet werden kann.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zusammen mit eventuell vorhandenen Befundberichten an oben genannte Adresse zurück. Für die eventuell notwendige Anforderung von Arztbriefen oder Unterlagen von behandelnden Praxen oder Einrichtungen bitten wir Sie darüber hinaus, die *Erklärung zur Schweigepflichtentbindung* auszufüllen und zu unterschreiben. Gleiches gilt für die *Einverständniserklärung für die Behandlung* im MZEB oder in der PIA der St. Lukas-Klinik. Bitte lassen Sie uns auch diese ausgefüllt und unterschrieben zukommen.
Damit eine Vorstellung im MZEB oder in der PIA überhaupt stattfinden kann, benötigen wir eine **Kopie des Schwerbehindertenausweises sowie eine Kopie des Betreuerausweises**.

Wir werden uns nach der Auswertung der Unterlagen schnellstmöglich mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

Die Begleitung zum Vorstellungstermin sollte dabei durch jemanden erfolgen, der den Patienten/die Patientin gut kennt und uns über die Gründe, die zur Vorstellung führen, berichten kann.

Wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen!

Patientenaufnahmebogen

1. Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Mobil-/Telefon: _____

Staatsangehörigkeit/en: _____

Krankenversicherung: _____

Ist der Patient/die Patientin bei jemandem *mitversichert*? Falls ja, bei wem?

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor?

☐ nein ☐ ja Betreuer-Name: _____

Adresse: _____

Mobil-/Telefon: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

☐ nein ☐ ja falls ja, GdB? _____

Haben Sie eingetragene Merkzeichen?

☐ nein ☐ ja falls ja, welches? _____

Wurde ein Pflegegrad festgestellt?

☐ nein ☐ ja falls ja, welcher? _____

2. Überweisende/r Facharzt/Fachärztin

Name/Praxis: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

3. Für welche/s Problem/e suchen Sie bei uns Hilfe?

_____

_____

_____

Stiftung Liebenau

_____

_____

_____

3.1. Welche Erkrankungen / welche Diagnosen sind bei Ihnen bekannt?

Erkrankung	Seit wann?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte senden Sie vorab eine **Kopie der vorbestehenden psychiatrischen und somatischen Arztberichte aus ambulanten und stationären Vorbehandlungen, Befunde aus psychologischen Testungen (z.B. Intelligenztestung), eine Kurzbiographie sowie aktuelle Entwicklungs- und Werkstattberichte** zu.

4. Bei welchen Ärzten und/oder medizinischen Einrichtungen befinden Sie sich wegen Ihrer Erkrankungen bereits in Behandlung?

Arzt/Praxis/medizinische Einrichtung:	**Name und Adresse:**	**Seit wann?**
Hausarzt		
Psychiater		
Neurologie		
Urologie		
Orthopädie		
Weitere Ärzte/Einrichtungen		

5. Wurden Operationen durchgeführt?

In welchem Krankenhaus?	**Aus welchem Grund?**	**Wann?**

Patientenaufnahmebogen

6. Bisherige und aktuelle Therapien

Art der Therapie	**Wie häufig (pro Woche)?**	**Seit wann?**
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Psychotherapie		
Sonstige		

7. Haben/Benutzen Sie Hilfsmittel (z. B. Brille, elektr. Rollstuhl, Rollator, Gehilfe, Orthese, Spezialschuhe…)?

Art des Hilfsmittels	**Versorger** (Sanitätshaus, Orthopädietechnik...) *Gerne Name und Kontaktdaten des dortigen Mitarbeitenden*	**Seit wann?**

8. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Medikaments und in welcher Dosierung	**Wer hat es verordnet (Arzt / med. Einrichtung)?**	**Grund für die Einnahme**

Bitte übersenden Sie den **aktuellen Medikamentenplan** und wenn vorhanden den **bundeseinheitlichen Medikamentenplan**.

8.1 Informationen zur früheren Medikation (positive/ negative Wirkung, Nebenwirkungen, Wechsel - wirkungen):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

9. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten, insbesondere gegenüber Medikamenten?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10. Welche Beeinträchtigungen bestehen?

- ☐ Abführprobleme
- ☐ Störung der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten
- ☐ Ess- / Trinkstörung
- ☐ Probleme bei der Blasenentleerung
- ☐ Spastik
- ☐ Kontrakturen / Gelenkversteifungen
- ☐ Veränderungen an der Wirbelsäule
- ☐ Veränderungen der Muskulatur
- ☐ Spitzfußneigung
- ☐ Herzprobleme
- ☐ Psychische, emotionale oder psychosoziale Probleme
- ☐ Chronische / akute Schmerzen
- ☐ Bewegungsstörungen
- ☐ Fehlbildungen der Knochen und/oder Gelenke
- ☐ Hautschädigungen / Druckstellen
- ☐ Verhaltensauffälligkeit
- ☐ Krampfanfälle
- ☐ Sprach- oder Sprechstörungen
- ☐ Sehstörung
- ☐ Hörstörung
- ☐ Probleme mit der Atmung
- ☐ Sonstiges: _____

_____

Patientenaufnahmebogen

11. Anlagen

O Kopie des Schwerbehindertenausweises

O Kopie des Betreuerausweises

O Vorbefunde:
- O Kopie vorbestehender psychiatrischer Arztbriefe aus ambulanten und stationären Vorbehandlungen
- O Kopie vorbestehender somatischer Arztbriefe aus ambulanten und stationären Vorbehandlungen
- O Befunde aus psychologischen Testungen (z.B. Intelligenztestung)
- O Kurzbiographie
- O Aktuelle Entwicklungs- und Werkstattberichte

O Aktueller Medikamentenplan

O Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

O Einverständniserklärung für die Behandlung im MZEB oder in der PIA

_____ _____

Ausgefüllt am (Datum) Ausgefüllt von (Vor- und Nachname in Druckbruchstaben)