

# Erstfragebogen für Menschen mit Behinderung zur Aufnahme in die Tagesklinik

Diesen Bogen bitte in der Woche vor dem Vorgespräch zurücksenden (gesundheit@neinstedt.de oder 03947/ 99333)



<b>Name, Vorname</b> (Geburtsname):		geb.:	<b>Einweisungsgrund/ Zielstellung:</b> (Was wird derzeit beobachtet/ negative Verhaltensweisen? Was soll erreicht werden (Therapiewunsch/ Eigenmotivation)? Typische Auslöser/ Situationen? Gibt es einen Verstärkerplan (wenn ja, mitgeben)?
Empfohlene Anrede:		Konfession:	
WG/ Familie mit Ansprechpartner:		Tel.:	
Adresse:			
Hausarzt:		Tel.:	
Facharzt:		Tel.:	
nächster Angehöriger:		Tel.:	
<b>Gesetzliche Betreuung:</b> (bitte Bestallungsurkunde mitbringen)		Tel.:	
Name:		Fax:	
Anschrift:		Mail:	
<b>Belange:</b> <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Entscheidung über Unterbringung			
letzter Krankenhausaufenthalt:			
bisherige Kontakte zu Psychologen und Therapeuten:			
<b>Diagnosen/ Vorerkrankungen</b> (Bei Epilepsie Anfallplan mitbringen!):			
<b>Behinderung:</b> <input type="checkbox"/> Lernbehinderung F81.9 <input type="checkbox"/> leichte Intelligenzminderung F70 <input type="checkbox"/> mittelgradige Intelligenzminderung F71 <input type="checkbox"/> schwere Intelligenzminderung F72 <input type="checkbox"/> andere:                      Pflegegrad:                      GdB:			
<b>chronische Erkrankungen/ bekannte Süchte/ Unverträglichkeiten/ Allergien:</b> (Allergiepass mitbringen!)			
<b>Heil- und Hilfsmittel:</b>		Vorgespräch am:	Mitarbeiter:
<input type="checkbox"/> Brille(n) <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl		Zweitgespräch am:	Mitarbeiter:
<input type="checkbox"/> Unterarmstützen <input type="checkbox"/> Schienen/Orthesen <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		Abschlussgespräch am:	Mitarbeiter:
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar:			

# Erstfragebogen für Menschen mit Behinderung zur Aufnahme in die Tagesklinik

Diesen Bogen bitte in der Woche vor dem Vorgespräch zurücksenden (gesundheit@neinstedt.de oder 03947/ 99333)



<b>Medikation zum Aufnahmezeitpunkt:</b> (aktuellen Medikationsplan anfügen) Gewohnte Verabreichung: (z.B. Löffel, einzeln in die Hand...)	<b>Ausscheidungen:</b> Gang zur Toilette: <input type="checkbox"/> selbständig Urininkontinenz: <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> besondere Hinweise Inkontinenzversorgung:
<b>Hautzustand:</b> (Dekubitus, Wundheilung, bisherige Versorgung. Bes. Empfindlichekeit usw.)	<b>Kommunikation:</b> Sprachverständnis: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt: Sprachvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt: Hörvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt: Sehvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt: Kommunikationshilfen: Ergänzungen:
<b>Antrieb:</b> <input type="checkbox"/> gesteigert <input type="checkbox"/> gemindert <input type="checkbox"/> unauffällig Bemerkungen:	<b>Lesen &amp; Schreiben:</b> Lesen: <input type="checkbox"/> Piktogramme & Fotos Schreiben: <input type="checkbox"/> Einzelbuchstaben <input type="checkbox"/> eigener Name <input type="checkbox"/> bekannte/unbekannte Worte <input type="checkbox"/> Ergänzungen:
<b>Schlafverhalten:</b>	<b>Orientierung:</b> <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> situativ Bemerkungen:
<b>aktuelle Verhaltensweisen:</b> <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> konzentriert <input type="checkbox"/> abschirmend <input type="checkbox"/> gern in Gesellschaft <input type="checkbox"/> traurig <input type="checkbox"/> wütend <input type="checkbox"/> gern allein <input type="checkbox"/> eifersüchtig <input type="checkbox"/> lustig <input type="checkbox"/> unkonzentriert <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> teilt gern <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> angespannt <input type="checkbox"/> Körperkontakt: <input type="checkbox"/> fremd- od. eigengefährdend: <input type="checkbox"/> sexuell gesteigert: <input type="checkbox"/> sonstiges:	<b>Abneigungen:</b> (z.B. Geräusche, Tätigkeiten, Situationen...)
<b>Wie oft treten die angegebenen Verhaltensweisen auf?</b> <input type="checkbox"/> 1-2 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> weniger oder häufiger: <input type="checkbox"/> seit wann:	
<b>Wie wird auf gezeigtes Verhalten reagiert (Wohnbereich/ WfbM)?</b>	

