



BARMHERZIGE BRÜDER KONVENTHOSPITAL LINZ

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir danken für Ihr Interesse, sich an unsere Ambulanz für Inklusive Medizin zu wenden.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den folgenden Anmeldebogen sorgfältig aus. Teilen Sie uns mit, welche speziellen Fragen Sie und die überweisenden Stellen an uns haben.

Senden Sie uns den ausgefüllten Anmeldebogen per Post oder per E-Mail an aim@bblinz.at.

Bitte nehmen Sie eine Kopie folgender Unterlagen zum Untersuchungstermin mit (keine Originalunterlagen):

- Ärztliche Überweisung (falls vorhanden)
- Aktuelle Medikation
- Berichte bisheriger Untersuchungen/Behandlungen bei Ärzten, Psychologen, Therapeuten, etc.
- Behördliche Gutachten
- Bescheinigung Erwachsenenvertreter

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Ambulanz für Inklusive Medizin

AIM-ANMELDEBOGEN

ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN:

Vorname: Familienname:
Geburtsdatum: Geschlecht: m w unbestimmt
SVNR:

Adresse (PLZ, Ort, Straße):

- Betreute vollstationäre Einrichtung
- Elternhaus
- Wohngemeinschaft
- Eigene Wohnung mit Betreuung
- Eigene Wohnung ohne Betreuung

Name der Wohneinrichtung:

Tel: E-Mail Adresse:

Muttersprache:

Anzahl der Geschwister:

Position in der Geschwisterreihe:

Hauptbezugsperson:

Hausarzt:

Ist ein Erwachsenenvertreter bestimmt: JA NEIN

Wenn ja: gerichtliche Erwachsenenvertretung/Sachwalter
gesetzliche Erwachsenenvertretung
gewählte Erwachsenenvertretung

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von:

Beziehung zum Angemeldeten:

FRAGESTELLUNG:

- Beschreiben Sie die Probleme oder gesundheitlichen Beschwerden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Seit wann bestehen diese Probleme?

.....
.....
.....

- Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MACHEN SIE SICH GEDANKEN ÜBER...

ALLGEMEIN

- Lernen, Denken
- Bewegung, Motorik
- Hören
- Sehen

JA

NEIN

SPRACHE

- Verstehen
- Sprechen
- Kommunikationsverhalten

VERHALTEN / EMOTIONEN

JA NEIN

- Aggression / Wut
- Unruhe
- Ängste
- Traurigkeit
- Essverhalten
- Schlafen
- Zwänge
- Selbstverletzung

EPILEPSIE

SPASTIK

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

WERDEN SIE REGELMÄSSIG THERAPEUTISCH BETREUT?

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Psychologie
- ...

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?
Wenn ja, welche? Dosierung?

.....

.....

.....

WURDE BEREITS EINE DER FOLGENDEN DIAGNOSEN GESTELLT?

JA NEIN

Wann und von wem?

- Hörstörung
- Sehstörung
- Autismus
- ADHS
- Epilepsie
- Intelligenzminderung
- Psychiatrische Diagnosen
- Sonstige Diagnosen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WURDEN BEREITS SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN DURCHGEFÜHRT?

	JA	NEIN	Zuletzt durchgeführt: Wann? Wo? Ergebnis?
• Hörtest		
• Sehtest		
• MRT		
• EEG		
• Psychologische Testung		
• Intelligenztestung		
• Genetik		
• Zahnarzt		
• Gynäkologie		
• Knochendichtemessung		

IST EINE ALLERGIE BEKANNT?

Wenn ja, welche?

JA

NEIN

BISHER ERFOLGTE OPERATIONEN:

.....
.....
.....

DANKE FÜR IHRE MITARBEIT!