

**Aufnahmecheckliste zur stationären psychiatrischen Behandlung
von Menschen mit Behinderung**

1. Patientendaten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Anmeldedatum _____

Adresse _____

2. Wohnform

- Einrichtung Betreutes Wohnen Angehörigen Selbstständig
Alsterdorf Assistenz Nein Ja, welche Ost West

3. Ansprechpartner

Gesetzliche/r Betreuer*in Aufgabenbereich _____

Name _____ Telefonnummer _____

Angehörige

Name _____ Telefonnummer _____

Bezugsperson

Name _____ Telefonnummer _____

4. Aufnahmegrund (akute Gefährdung, Auslöser, Symptome, Beginn / Verlauf)

5. Beschluss

Ja Nein Beantragt am _____

6. Psychiatrische Diagnosen

7. Somatische Begleiterkrankungen und Diagnosen

8. Medikation

siehe Anlage

oder _____

**Aufnahmecheckliste zur stationären psychiatrischen Behandlung
von Menschen mit Behinderung**

9. Letzte klinische Behandlung

Krankenhaus / Einrichtung _____ Datum _____

10. Behandelnde*r Ärztin*Arzt

Name _____ Telefonnummer _____

Anschrift _____

11. Grad der Selbständigkeit

Mobilität _____

Orientierung orientiert desorientiert zur Person Zeit Ort

Kommunikation verbal nonverbal

Kulturtechnische Fähigkeiten Lesen Schreiben Rechnen

12. Soziale Anamnese

Behinderungsgrad (seelisch, körperlich) _____

Pflegegrad (Überleitungsbogen) Ja Nein

13. Beschäftigung

Nein Ja Werkstatt Tagesförderung

Sonstige (bitte erläutern) _____

14. Besonderheiten (Art der Anrede oder sonstiges)

15. Zielvorstellung der Behandlung

_____ Position

_____ Name (leserlich)

_____ Unterschrift