

Aufnahmecheckliste zur stationären psychiatrischen
Behandlung von Menschen mit Behinderung



1. Patientendaten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Anmeldedatum _____

Adresse _____

Krankenkasse _____

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. Behandelnde*r Ärztin*Arzt

Name _____ Telefonnummer _____

Anschrift _____

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

6. Beschluss Ja Nein Beantragt am _____

7. Psychiatrische Diagnosen _____

8. Somatische Begleiterkrankungen und Diagnosen _____

9. Medikation siehe Anlage oder _____

10. Letzte klinische Behandlung Krankenhaus / Einrichtung _____ Datum _____

Aufnahmecheckliste zur stationären psychiatrischen Behandlung von Menschen mit Behinderung



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

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Qualitätsvertrag für Patient*innen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

1. Versichert in einer der folgenden Krankenkasse?

AOK Rheinland/HH Barmer DAK HEK KKH TKK SBK

2. Mindestens eins der folgenden Kriterien vorhanden?

Vorliegen einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73)

Vorliegen einer leichten Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (F70.1)

Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung infolge einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06, F07)

Vorliegen einer Infantilen Cerebralparese (G80)

Vorliegen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (F84)

Vorliegen einer angeborenen Fehlbildung (Q00 bis Q 99)

Vorliegen einer schweren körperlichen oder seelischen Behinderung mit einem GdB von 70 bis 100

Wenn bei 1 und 2 jeweils mindestens ein Kriterium erfüllt ist:

Lots*innen informieren Erledigt durch _____ Datum _____