

**Vorstand:** Prim. Dr. Johannes Hofer

**Ambulanz für Inklusive Medizin:**  
OA Dr. Joachim Adl

**Telefon:** +43 (0) 732 7897-24946

**E-Mail:** [aim@bblinz.at](mailto:aim@bblinz.at)

**Web:** [www.bblinz.at/issn](http://www.bblinz.at/issn)

Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universitäten  
Graz, Innsbruck, Linz und Wien

Sehr geehrte Damen und Herren!

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

Das Angebot der AIM richtet sich an Erwachsene (ab 18 Jahren) mit intellektuellen Entwicklungsstörungen und/oder komplexen Mehrfachbeeinträchtigungen.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den 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](mailto: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 Erwachsenenvertretung
- e-Card

Wir bitten darum, dass eine Begleitperson (Eltern, Bezugsbetreuer...), die den Patienten bzw. die Patientin gut kennt, zum Gespräch mitkommt.

Sie finden uns im Haupthaus des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Linz, Seilerstätte 2, im Erdgeschoß, vom Portier aus gleich links.

Bitte bedenken Sie, dass die Parkplatzsituation rund um unser Haus sehr schwierig ist und planen Sie entsprechend Zeit zur Parkplatzsuche ein.

Mit freundlichen Grüßen,  
ihr Team der Ambulanz für Inklusive Medizin

# AIM-ANMELDEBOGEN

## ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN:

Vorname: ..... Familienname: .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht: m ☐ w ☐ divers ☐

SVNR: .....

Adresse (PLZ, Ort, Straße): .....

- ☐ Vollbetreute Wohneinrichtung
- ☐ 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 eine Erwachsenenvertretung bestimmt: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: ☐ gerichtliche Erwachsenenvertretung / Sachwalter

☐ gesetzliche Erwachsenenvertretung

☐ gewählte Erwachsenenvertretung

Name: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von: .....

Beziehung zur angemeldeten Person: .....

Datum: .....

## FRAGESTELLUNG:

Bitte beschreiben Sie die Anliegen, Probleme bzw. gesundheitlichen Beschwerden:

Seit wann bestehen die Probleme?

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

## MACHEN SIE SICH GEDANKEN ÜBER...

### ALLGEMEIN

	Ja	Nein
<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Spastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Lernen, Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Bewegung, Motorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SPRACHE

	Ja	Nein
<input type="radio"/> Verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Kommunikationsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VERHALTEN, EMOTIONEN

	Ja	Nein
<input type="radio"/> Aggression, Wut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Essverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Zwänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## WERDEN SIE REGELMÄSSIG (THERAPEUTISCH) BETREUT?

	Ja	Nein
<input type="radio"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Andere Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche Erkrankungen, Diagnosen, Beeinträchtigungen sind bekannt?  
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?  
(Sie können auch ein aktuelles Diagnosenblatt beilegen.)**

--

**Welche Medikamente werden wie eingenommen?  
(Sie können auch ein aktuelles Medikationsblatt beilegen.)**

MEDIKAMENT, wieviel mg?	morgens	mittags	abends	nachts

**Wurde bereits eine der folgenden Diagnosen gestellt?**

	Ja	Nein	Wann? Von wem? Was genau?
<input type="radio"/> Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Cerebralparese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Autismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Psychiatrische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Wurden bereits spezielle Untersuchungen durchgeführt?

	Ja	Nein	Wann? Von wem? Ergebnis?
<input type="radio"/> Hörtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Sehtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Psychologische Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Intelligenztestung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Genetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Knochendichtemessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ALLERGIEN:

☐ **Ja**

### Wenn ja: Welche?

## MOBILITÄT UND TRANSPORT:

☐ Mobilität: ☐ gehend ☐ sitzend ☐ liegend  
☐ Transport: ☐ gehend ☐ sitzend ☐ liegend

**SONSTIGE ANMERKUNGEN:**

# DANKE FÜR IHRE MITARBEIT!

**KONVENTHOSPITAL BARMHERZIGE BRÜDER LINZ**

Institut für Sinnes- und Sprachneurologie • Ambulanz für Inklusive Medizin

Seilerstätte 2 • 4021 Linz

Tel. 0732 / 78 97-24946 • [aim@bblinz.at](mailto:aim@bblinz.at)

[www.bblinz.at/issn](http://www.bblinz.at/issn)