



## BARMHERZIGE BRÜDER KONVENTHOSPITAL LINZ

Sehr geehrte Dame!  
Sehr geehrter Herr!

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen diesen Anmeldebogen für eine Kontrolluntersuchung sorgfältig und vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die korrekte Einteilung.

Besonders wichtig ist die **aktuelle Fragestellung**.

Der Anmeldung zur Kontrolluntersuchung legen Sie bitte folgende Unterlagen (wenn vorhanden) bei:

- Therapeutische Berichte, Ärztliche und Psychologische Befunde seit der letzten Vorstellung bei uns.
- Integrationsbescheide, Berichte aus dem Kindergarten und der Schule, letztes Schulzeugnis

Erst wenn Ihre Anmeldung komplett mit allen Unterlagen bei uns eingegangen ist, können wir eine Untersuchung Ihres Kindes planen.

Aufgrund der großen Nachfrage kann es zu längeren Wartezeiten kommen.

Eine Anmeldebestätigung erhalten Sie nach Eintreffen der Unterlagen per E-Mail.

Bezüglich der Terminvereinbarung werden wir uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Neurologisch linguistischen Ambulanz

**ANMELDUNG ZUR  
KONTROLLUNTERSUCHUNG**

JUGENDLICHE, JUNGE ERWACHSENE, TRANSITION  
16-26 Jahre

**ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN:**

Mit \* gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

Vorname Kind\*:

Familienname\*:

Geburtsdatum\*:

Geschlecht\*: m w unbestimmt

Muttersprache\*:

SV Nr.:

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von:

Beziehung zum Angemeldeten (falls nicht selbst):

Adresse (PLZ, Ort, Straße)\*:

Tel.\*:

Mail\*:

**WARUM MELDEN SIE SICH ZUR KONTROLLUNTERSUCHUNG AN?\***

Mit \* gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

**HABEN SIE BEI UNS IM INSTITUT EINEN HAUPTANSPRECHPARTNER?**

**WURDE BEREITS EINE DIAGNOSE GESTELLT?**

**BISHERIGE LAUFBAHN\***

Mit \* gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

**Welche Einrichtungen haben Sie besucht:**

Volksschule

mit Regellehrplan

Neue Mittelschule

mit Sonderschullehrplan

Gymnasium

Berufsbildende Schule

Lehre zum / zur

Berufsschule

Lehre zum / zur

Universität/Fachhochschule

Studienrichtung:

Sonderschule

Sonstiger Schultyp

welcher:

Welche Klassenstufe\*:

Höchste abgeschlossene Schulbildung / Berufsausbildung\*:



## WERDEN / WAREN SIE REGELMÄSSIG THERAPEUTISCH BETREUT?

Ja      Nein

Wenn ja, welche, wie lange, wo? \_\_\_\_\_

Ja      Nein

Nehmen Sie Medikamente:

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

## FRAGEN ZU IHREM LETZTEN BESUCH:

sehr gut      gut      akzeptabel      schlecht

War der letzte Befund für Sie gut verständlich?

Wie gut haben Sie Tipps/Empfehlungen aus dem Befund umsetzen können?

Haben Diagnose und Fördertipps die Sicht auf Ihre Situation und die bestehenden Probleme verändert oder verbessert?

