



BARMHERZIGE BRÜDER KONVENTHOSPITAL LINZ

Sehr geehrte Dame!
Sehr geehrter Herr!

Wir danken für Ihr Interesse sich an unsere Neurologisch linguistische Ambulanz zu wenden.

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

Senden Sie uns mit dem Anmeldebogen bitte folgende Unterlagen:

- Fachärztliche Überweisung vom Psychiater oder Neurologen (Hausärztliche Überweisung nicht ausreichend)
- Berichte bisheriger Untersuchungen/Behandlungen bei Ärzten, Psychologen, Therapeuten, etc.
- Letzte Schulzeugnisse
- Behördliche Gutachten (SPF-Begründung, Integrationsbescheide)

Erst wenn Ihr Anmeldebogen mit allen Unterlagen bei uns eingegangen ist, können wir eine Untersuchung planen.

Aufgrund der großen Nachfrage kann es zu längeren Wartezeiten kommen.
Eine Anmeldebestätigung erhalten Sie nach Eintreffen des Anmeldebogens per E-Mail.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Neurologisch linguistischen Ambulanz

ANMELDEBOGEN

für Jugendliche (ab 16 Jahren) und junge Erwachsene (bis 26 Jahre)

Bitte denken Sie daran den ausgefüllten Anmeldebogen vor dem Abschicken zu speichern.

ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN:

Mit * gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

Vorname*:

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 UNTERSUCHUNG AN?

Mit * gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

- Welche Fragen oder Probleme sollen untersucht werden?*



- Gibt es besondere Fragestellungen weiterer behandelnder Ärzte/Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (Schule/Hort)?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

- Welche Hilfen erwarten Sie von uns?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

ABKLÄRUNG WURDE EMPFOHLEN VON:

- Arzt
 - Therapeut
 - Eigeninitiative
 - Andere:
-

MACHEN SIE SICH GEDANKEN ÜBER ...

ALLGEMEIN

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

Nein Ein Wenig Ja

SPRACHE

- Verstehen
- Sprechen
- Kommunikationsverhalten

VERHALTEN / EMOTIONEN

- Unruhe/Ungeduld
- Aggressivität/Wut
- Aufmerksamkeit/Ausdauer
- Ängste
- Traurigkeit
- Essverhalten
- Schlafen
- Zwänge/Rituale

SOZIALES

- Eingeschränkte Interessen
- Freunde finde
- Freunde behalten
- Mobbing

LERNFERTIGKEITEN

- Lesen
- Schreiben
- Rechnen
- Merkfähigkeit

GENAUERE BESCHREIBUNG DER PROBLEMATIK:

WURDE BEREITS EINE DER FOLGENDEN DIAGNOSEN GESTELLT?

- Sprachentwicklungsverzögerung
- Hörstörung
- Sehstörung
- Lernstörung
- Autismus
- ADHS
- Körperliche Beeinträchtigung
- Psychische / Psychiatrische Beeinträchtigung
- Intelligenzminderung
- Neurologische Erkrankungen
- Sonstige Diagnosen

Wann und von wem?

WURDEN BEREITS SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN DURCHGEFÜHRT?

Ja Nein

Wann, Wo, Ergebnis?

- Hörtest
- Sehtest
- MRT
- EEG
- Psychologische Testung
- Intelligenztest

WERDEN / WAREN SIE REGELMÄSSIG THERAPEUTISCH BETREUT?

Ja Nein

Wenn ja, welche, wie lange, wo? _____

Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente:

Wenn ja, welche: _____ Dosis: _____

BISHERIGE LAUFBAHN

Welche Einrichtungen haben Sie besucht*:

Mit * gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

Volksschule

mit Regellehrplan

Neue Mittelschule

mit Sonderschullehrplan

Gymnasium

Berufsbildende Schule

Berufsschule

Lehre zum / zur _____

Universität/Fachhochschule

Studienrichtung: _____

Sonderschule

Sonstiger Schultyp

welcher: _____

Welche Klassenstufe*:

Höchste abgeschlossene Schulbildung / Berufsausbildung*:

Bitte denken Sie daran den ausgefüllten Anmeldebogen vor dem Abschicken zu speichern.