

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 Ärzt:innen,
- Psycholog:innen, Therapeut:innen, etc.
- Behördliche Gutachten
- Bescheinigung Erwachsenenvertreter:in
- e-Card

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Team der Ambulanz für Inklusive Medizin

Weitergehende Informationen:

- Betreuungspersonen können gerne mitkommen (gerne auch Angehörige)
- Hinweis, dass die Parksituation sich als schwierig gestaltet (hier wäre es sinnvoll, wenn die Patientin oder der Patient mit einem Transportschein und mit einem Krankenhaustransport zu uns kommen könnte, z.B. mit dem Samariterbund).
- Wegbeschreibung (Seilerstraße 2, EG, Ambulanz für Inklusive Medizin).

#### **KONVENTHOSPITAL BARMHERZIGE BRÜDER LINZ**

Institut für Sinnes- und Sprachneurologie • Ambulanz für Inklusive Medizin  
Seilerstraße 2 • 4021 Linz • Tel 0732 / 78 97-24900 • [aim@bblinz.at](mailto:aim@bblinz.at)  
[www.bblinz.at/issn](http://www.bblinz.at/issn)

# AIM-ANMELDEBOGEN

## ANGABEN ZUR PATIENTIN/ZUM PATIENTEN:

Vorname: .....

Familienname: .....

Geburtsdatum: .....

Geschlecht:  m  w  divers

SVNR: .....

Adresse (PLZ, Ort, Straße): .....

- Betreute vollstationäre Einrichtung
- 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 ein Erwachsenenvertreter bestimmt:  JA  NEIN

Wenn ja:  gerichtliche Erwachsenenvertretung/Sachwalter

gesetzliche Erwachsenenvertretung

gewählte Erwachsenenvertretung

Name: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von: .....

Beziehung zur:m Angemeldeten: .....

Datum: .....

## FRAGESTELLUNG:

Beschreiben Sie die Probleme oder gesundheitlichen Beschwerden:

Seit wann bestehen die Probleme?

## Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

## ALLERGIEN:

JA

NEIN

## Wenn ja: Welche?

## MOBILITÄT UND TRANSPORT:

## ○ Mobilität:

GEHENDE

## SITZEND

## LEGENDE

## Q Transport:

GEHEND

SITZEND

## LEGEND



KONVENTHOSPITAL BARMHERZIGE BRÜDER LINZ

**KONVENTIONSHOSPITAL BÄRHEITZIGE BRÜDER LINZ**  
Institut für Sinnes- und Sprachneurologie • Ambulanz für Inklusive Medizin  
Seilerstraße 2 • 4021 Linz • Tel 0732 / 78 97-24900 • aim@bblinz.at  
[www.bblinz.at/issn](http://www.bblinz.at/issn)

**NENNEN SIE DIE AKTUELLE MEDIKATION INKL. DOSIERUNG U.  
EINNAHMEZEIT:  
(ODER LEGEN SIE DAS AKTUELLE MEDIKAMENTENBLATT BEI)**

MEDIKATION	MORGENS	MITTAGS	ABENDS	NACHTS

**WELCHE ERKRANKUNGEN/DIAGNOSEN/  
BEEINTRÄCHTIGUNGEN SIND BEKANNT?  
(ODER LEGEN SIE DAS AKTUELLE DIAGNOSEN BLATT BEI)**

ERKRANKUNG/DIAGNOSE/BEEINTRÄCHTIGUNG

**!!!AKTUELLE MEDIKATION UND ERKRANKUNGEN/DIAGNOSEN/  
BEEINTRÄCHTIGUNGEN SIND VERPFLICHTEND AUSZUFÜLLEN!!!**

## WURDE BEREITS EINE DER FOLGENDEN DIAGNOSEN GESTELLT?

- |                                    |                          |    |                          |      |
|------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| ○ Intelligenzminderung             | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Psychiatrische Diag.             | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Epilepsie                        | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Cerebralparese                   | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Autismus                         | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ ADHS                             | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Hörstörung                       | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Sehstörung                       | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Sonstige (körperliche Diagnosen) | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |

## WURDE BEREITS SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN DURCHGEFÜHRT?

- |                             |                          |    |                          |      |
|-----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| ○ Hörtest                   | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Sehtest                   | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ MRT                       | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ EGG                       | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Psychologische Tests      | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Intelligenztestung        | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Genetik                   | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Zahnarzt                  | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Gynäkologie               | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |
| ○ Knochendichte-<br>messung | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN |



## WERDEN SIE REGELMÄSSIG (THERAPEUTISCH) BETREUT?

- Vorsorgeuntersuchungen  JA  NEIN
- Physiotherapie  JA  NEIN
- Ergotherapie  JA  NEIN
- Logopädie  JA  NEIN
- Gynäkologie  JA  NEIN
- Andere Therapien  JA  NEIN

Wo	Seit Wann

## SONSTIGE ANMERKUNGEN:

---

---

---

DANKE FÜR IHRE MITARBEIT!