

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.

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 (Seilerstätte 2, EG, Ambulanz für Inklusive Medizin).

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:

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Mobilität: | <input type="checkbox"/> GEHEND | <input type="checkbox"/> SITZEND | <input type="checkbox"/> LIEGEND |
| <input type="radio"/> Transport: | <input type="checkbox"/> GEHEND | <input type="checkbox"/> SITZEND | <input type="checkbox"/> LIEGEND |

**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 ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Psychiatrische Diag. ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Epilepsie ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Cerebralparese ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Autismus ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ ADHS ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Hörstörung ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Sehstörung ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Sonstige (körperliche Diagnosen) ☐ JA ☐ NEIN

WANN	WO	VON WEM

WURDE BEREITS SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN DURCHFÜHRT?

- ☐ Hörtest ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Sehtest ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ MRT ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ EGG ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Psychologische Tests ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Intelligenztestung ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Genetik ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Zahnarzt ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Gynäkologie ☐ JA ☐ NEIN
- ☐ Knochendichtemessung ☐ JA ☐ NEIN

WANN	WO	VON WEM

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!