

LVR-Klinik Langenfeld

Behandlungszentrum für Inklusive Medizin

Kölner Str. 82

40764 Langenfeld

Telefon 02173 102-2251

Fax 02173 102-2259

E-Mail geistigbehindertenambulanz.klinik-langenfeld@lvr.de

Praxisstempel

Anmeldebogen für Angebote des Behandlungszentrums für Inklusive Medizin für geistig behinderte Erwachsene mit psychischen Erkrankungen

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig und in **Druckbuchstaben** aus und lassen ihn uns vor Ihrem Ersttermin per Post oder per Fax zukommen. Vielen Dank.

Bitte bringen Sie Ihre Krankenkassenkarte, Ihren Überweisungsschein des Hausarztes / der Hausärztin, eine Kopie der Bestellsurkunde des gesetzlichen Betreuers / der gesetzlichen Betreuerin und alle Unterlagen zur Krankenvorgeschichte mit.

Das Gelände der LVR-Klinik Langenfeld ist sehr groß. Planen Sie daher ausreichend Zeit für die Anfahrt und Parkplatzsuche ein. Der Termin findet in **Haus 53** statt. Einen Geländeplan zum Download finden Sie auf der Webseite unter [Anreise](#).

Patient*innendaten

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Wohnort	PLZ
Telefon	Wann sind Sie am besten zu erreichen?	
Gesetzliche/r Betreuer*in		
Telefon Gesetzliche/r Betreuer*in	Aufgabenbereich	Aktenzeichen
E-Mail-Adresse Patient*in	E-Mail-Adresse Betreuer*in	

Wohnform

- Elternhaus Stationäre Einrichtung Wohnung mit Betreutem Wohnen
 eigene Wohnung mit Betreutem Wohnen eigene Wohnung ohne Betreuung

Behindertenausweis

- nein ja

GdB

- nein ja wenn ja, wie hoch? _____

Pflegestufe

- nein ja wenn ja, wie hoch? _____

IQ-Testung in der Vergangenheit

- nein ja Ergebnis: _____ Testdatum: _____

Welche körperlichen Einschränkungen haben Sie?

Grad der Selbstständigkeit (z. B. Nahrungsaufnahme, Körperhygiene, Orientierung)

Tägliche Hilfsmittel

Orthesen Hörgeräte Brille Sonstige: _____

Mobilität

Selbstständiges Gehen Gangunsicherheit Gehen am Rollator Rollstuhlpflichtig

Kommunikationsfähigkeit

(z. B. uneingeschränkte / eingeschränkte verbale Kommunikation, unterstützte Kommunikation, non-verbale Kommunikation, Lautieren, usw.)

Berufliche Tätigkeit

erster Arbeitsmarkt WfbM HPZ Berentung

Sonstiges: _____

Bekannte Diagnosen/Syndrome/Erkrankungen/Allergien

Laufende Behandlungen

Art der Behandlung	durch wen?	seit wann?

Aus welchen Gründen suchen Sie bei uns Hilfe? (Kurze Beschreibung der Symptomatik, seit wann, seit wann vermehrt, usw.)

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Soll ein aktueller IQ-Test geplant werden?
- Wünschen Sie eine stationäre Behandlung?
- Wünschen Sie eine umfassende ambulante Beratung und Diagnosestellung?
- Soll eine dauerhafte ambulante psychiatrische Betreuung durch unsere Ambulanz erfolgen?

Beschreibung der Familienvorgeschichte

Beschreibung der sozialen Kontakte (z. B. Schule, derzeitiger Kontakt zur Familie, Bezugspersonen, usw.)

Aktuelle Medikation

Art	Dosierung	seit wann?

Frühere Medikamente

Art	Behandlungsdauer	Unverträglichkeiten/Nebenwirkungen

Bisherige Diagnostik (z. B. CCT, MRT, EEG, genetische Untersuchung, usw.)

Art	Wann?	Wo?

Bisherige Behandlungen (z. B. ambulant, stationär, Operationen, usw.)

Art	Wann?	Wo?