

Anmeldung

Ambulanz für Menschen mit Mehrfachbehinderung



Wiener Krankenanstaltenverbund
Krankenhaus Hietzing mit
Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Ambulanz für Menschen mit
Mehrfachbehinderung,
Pavillon P

Wolkersbergenstraße 1
A-1130 Wien
Tel.: +43 1 80110 2795
Fax: +43 1 80110 2780
E-Mail: khr.mba@wienkav.at
www.wienkav.at/khr

Bitte beachten Sie:

- Damit wir die Untersuchung in der Ambulanz für Menschen mit Mehrfachbehinderung passend für Sie gestalten können, benötigen wir im Vorfeld einige Informationen von Ihnen.
- Eine Untersuchung in der Ambulanz für Menschen mit Mehrfachbehinderung ist ausschließlich mit dieser schriftlichen Anmeldung und der E-Card sowie Identitätsnachweis möglich!
- Bitte füllen Sie Pflichtfelder (graublau unterlegt) aus, weiterführende Angaben sind freiwillig und helfen uns bei der Terminvergabe.
- Bitte übermitteln Sie uns diesen Fragebogen mittels Email, Fax oder per Post.

Angaben zur Person (Patientin/Patient)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sozialvers.Nr.:

Geschlecht:

Muttersprache:

Adresse:

Telefon:

Mail:

Bezugsperson

Name der Bezugsperson (für Auskünfte etc.):

Verhältnis zur Bezugsperson:

Telefon:

Gesundheits-Kommunikations-Pass / Mappe (GeKo)

Besitzen Sie einen GeKo-Pass sowie eine GeKo-Mappe?

Ja

...wenn ja, diese bitte zur Untersuchung mitbringen!

Nein

...hier können Sie sich gerne informieren: www.geko.wien

Bitte bringen Sie uns, falls vorhanden, Kopien von Vorbefunden (Berichte von ÄrztInnen oder Krankenhausaufenthalt) zum Behandlungstermin mit.

Ist eine Erwachsenenvertreterin bzw. ein Erwachsenenvertreter bestimmt?

Nein

Ja

wenn ja:

gerichtliche Erwachsenenvertretung / Sachwalter
gesetzliche Erwachsenenvertretung
gewählte Erwachsenenvertretung

Name:

Adresse:

Telefon:

Hinweis:

Im Falle einer Erwachsenenvertretung ist für die Behandlung jedenfalls die Vorlage einer schriftlichen Bestätigung aus dem ÖZW (Österreichisches zentrales Vertretungsregister) sowie die Urkunde über die mit der Erwachsenenvertretung verbundenen Rechte und Pflichten notwendig!

Warum kommen Sie zu uns in die Ambulanz für Menschen mit Mehrfachbehinderung?

Grund der Anmeldung?

Somatische (körperliche) Beschwerden (z.B. Schmerzen ...)

Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Schreien, Zerstörung von Gegenständen, körperliche Angriffe, Selbstverletzung etc.)

Bitte beschreiben Sie die Probleme oder gesundheitlichen Beschwerden:

Seit wann bestehen die Probleme?

Bei welchen ÄrztInnen/TherapeutInnen waren Sie wegen der Probleme bereits in Behandlung?

Wie leben Sie?

- bei den Eltern / Angehörigen
- selbständig in einer eigenen Wohnung
- ambulant betreut in einer eigenen Wohnung
- in einer Wohngemeinschaft
- in einer Gastfamilie
- stationär betreut in einer Wohngruppe
- in einer anderen Wohnform, wenn ja welche?

Was machen Sie tagsüber?

Ich gehe zur Schule. In welche?

Ich arbeite in einem Betrieb. In welchem?

Ich arbeite in einer Werkstätte für Menschen mit Behinderung. In welcher?

Ich bin arbeitslos.

Ich bin arbeitsunfähig / ärztlich krankgeschrieben.

Ich besuche eine tagesstrukturierende Maßnahme. Welche?

Sonstiges

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Anmeldung erstellt durch:

Datum:

Hinweis zum Datenschutz

Mit der Anmeldung erklären Sie sich einverstanden, dass ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zweckbezogen und im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorschriften (insb. DSGVO, DSG, TKG 2003) sowie unter Einhaltung der erforderlichen (technischen und organisatorischen) Datensicherheit vom Wiener Krankenanstaltenverbund verarbeitet werden.

Interne Vermerke:

Eingelangt am:

Termin am: