

Sehr geehrte Angehörige und Betreuende,

wir schätzen Ihr Interesse und Vertrauen, sich an unsere Station zu wenden. Wir sind darauf spezialisiert, Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung in Krisen zu unterstützen und zu stabilisieren bzw. sie bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung (z.B. Depressionen, Angstzustände, Psychosen) zu behandeln, sollte dies im ambulanten Bereich nicht ausreichend möglich sein.

Bitte nehmen Sie sich die notwendige Zeit, den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Diese Vorerhebung der wichtigsten Gesprächspunkte dient als Grundlage für die ambulante Begutachtung vor Ort und macht es leichter, die richtige Behandlung für die jeweilige Person zu finden.

Bitte bringen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zum Begutachtungstermin mit oder schicken Sie ihn per Post an (Wolkersbergenstraße 1, 1130 Wien, Pav.1 Station 3B, 2. psychiatrische Abteilung, Sozialpsychiatrie für Menschen mit Behinderungen).

Wichtig: Sowohl ambulante Begutachtungen, als auch Aufnahmen finden bei uns NUR geplant und mit Termin statt. Außerdem bedeutet eine ambulante Begutachtung nicht automatisch, dass eine Aufnahme erfolgt. Darüber wird, je nach individueller Fragestellung bzw. Problematik, gemeinsam vor Ort entschieden.

Bitte nehmen Sie zur Begutachtung wichtige juristische und/oder medizinische Dokumente (möglichst in Kopie) mit, beispielsweise:

- Ärztliche Überweisung (wenn vorhanden)
- Patient*innenbrief des*der behandelnden Ärzt*in
- Medikationsliste
- Befunde bisheriger relevanter Untersuchungen
- Befunde psychologischer Testungen oder Gutachten
- Bescheinigung des*der Erwachsenenvertreter*in

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Station 3B



Fragebogen zur psychiatrischen
Begutachtung für Menschen mit
Intelligenzentwicklungsstörung

2. Abtlg. für Psychiatrie u. Psychotherapie
1130 Wien, Wolkersbergenstraße 1

Tel.: +43/01/80110/4360

Fax: +43/4478

khi.2ps@gesundheitsverbund.at

<https://klinik-hietzing.gesundheitsverbund.at>

Angaben zur Person

Nachname:

Vorname:

Sozialversicherungsnummer (10-stellig):

Geschlecht (bitte ankreuzen): M W divers

Angaben zur Bezugsperson

Nachname:

Vorname:

Verhältnis:

Kontaktdaten (E-Mail-Adresse, Telefonnummer):

Angaben zur Erwachsenenvertretung (wenn vorhanden)

Nachname:

Vorname:

In welchen Angelegenheiten:

Kontaktdaten (E-Mail-Adresse, Telefonnummer):

Angaben zur Wohnform

Art der Wohnform (seit wann):

Kontakt Daten/Adresse:

Betreuungsstufe und Besonderheiten in der Betreuung (1:1-Setting, Freizeitbetreuung,...):

Wechsel angedacht (bitte ankreuzen): ja nein

Wenn ja, welche konkreten Schritte sind unternommen worden:

Angaben zur Tagesstruktur (wenn vorhanden)

Form der Tagesstruktur (seit wann):

Kontakt Daten/Adresse:

Wechsel angedacht (bitte ankreuzen): ja nein

Wenn ja, welche konkreten Schritte sind erfolgt:

Angaben zur Kommunikation

Muttersprache:

Kommunikationsform (verbal, nonverbal, unterstützte Kommunikation):

Benötigt die betroffene Person Unterstützung bei

Mobilität:

Aktivitäten des täglichen Lebens (Essen, Trinken, etc.):

Ausscheidung:

Medizinische Vorgeschichte (sofern nicht als Beilage vorhanden)

Psychiatrische/somatische Diagnosen:

Aktuelle Dauermedikation (Präparate und Dosierungen):

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten:

Namen der behandelnden Ärzt:innen (und anderen Therapeut:innen)

Grund der Vorstellung

Kurze Beschreibung der Beschwerden (Stichworte):

Seit wann bestehen die Beschwerden, die zur Vorstellung führen:

Bedeutsame Lebensereignisse (z.B. Verlust von Bezugspersonen, Verlust der gewohnten Umgebung, Unfälle, Gewalterfahrungen, etc.):

Gab es in letzter Zeit Aggressionsereignisse (gegen sich und/oder andere)?
Wenn ja, bitte um kurze Beschreibung der Aggressionsereignisse: