

Ärztliche Einschätzung

1/10

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Vorname

Nachname

Jahrgang

Betreuung seit

Letzte Konsultation am

Ich sehe sie/ihn

regelmässig in Abständen von etwa

sporadisch, bei Bedarf

Wir bitten Sie folgende Fragen zur Patientin/zum Patienten zu beantworten. Falls Sie nicht genügend Kenntnisse über die behinderungsbedingten Schlüsselprobleme der Patientin oder des Patienten haben, um die Fragen zu beantworten, notieren Sie dies bitte im Bemerkungsfeld auf der letzten Formulareseite (Seite 10). Bitte senden Sie den Fragebogen mit Ihrer Bemerkung auch in diesem Fall an IndiBe.

Behinderungsrelevante Diagnose

Kurzschilderung der praktischen Beeinträchtigung

Regelmässig verordnete Medikation

Zeigt die Patientin/der Patient nachfolgende Probleme? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Suizidalität

Fremdaggression

Riskantes Verhalten

Verwahrlosung

Fortsetzung auf nächster Seite →



Ärztliche Einschätzung

2/10

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

In welchem Ausmass zeigt die Patientin/der Patient nachfolgende Probleme?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Stellen Sie dabei auf den habituellen – eventuell medikamentös kontrollierten – Zustand ab, nicht auf vorübergehende Akutzustände/Krisen.
- Halten Sie stark schwankende Ausprägungen über längere Zeit unter Bemerkungen fest.

Weiterführende Informationen finden Sie unter www.indibe.ch/downloads.

Die Patientin/der Patient zeigt Probleme mit ...

gar nicht

geringfügig

mittelgradig

stark

äusserst stark

keine Antwort

1. Aufmerksamkeit, Konzentration

Bemerkungen

2a. Merkfähigkeit

Bemerkungen

2b. Gedächtnis

Bemerkungen

Fortsetzung auf nächster Seite →



Ärztliche Einschätzung

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung



Die Patientin/der Patient zeigt Probleme mit ...	gar nicht	geringfügig	mittelgradig	stark	äusserst stark	keine Antwort
3. Lernen, intelligentem Problemlösen Bemerkungen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Stereotypien Eingeschränkte, repetitive Bewegungs-/Verhaltensmuster Bemerkungen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Unkontrollierten Selbst- oder Fremdverletzungen Bemerkungen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Ordnung der Gedanken und Zielen Formale Denkstörung: inkohärentes, dissoziatives, perseverierendes Denken Bemerkungen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Realitätsauffassung Inhaltliche Denk- und Wahrnehmungsstörung: z. B. Wahn, Halluzinationen, Beeinflussungsideen, Realitätsverleugnung Bemerkungen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite →

Ärztliche Einschätzung

4/10

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

Die Patientin/der Patient zeigt Probleme mit ...

gar nicht

geringfügig

mittelgradig

stark

äusserst stark

keine Antwort

7a. Impulskontrolle, Gespanntheit

Gereiztheit, Aggressionstendenz, Fluchttendenz

Bemerkungen

7b. Frustration, Kränkungen

Frustrationsintoleranz, narzisstische Problematik

Bemerkungen

7c. Gesteigertem Antrieb

Maniforme Zustände

Bemerkungen

8. Depressivität

Bemerkungen

9a. Ängsten

Bemerkungen

Fortsetzung auf nächster Seite →



Ärztliche Einschätzung

5/10

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

Die Patientin/der Patient zeigt Probleme mit ...	gar nicht	geringfügig	mittelgradig	stark	äusserst stark	keine Antwort
9b. Zwängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
10. Süchtigem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkl. Verhaltenssüchte						
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
11. Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung, Antriebsmangel, Asthenie						
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
12. Sozialer Anpassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						



Fortsetzung auf nächster Seite →

Ärztliche Einschätzung

6/10

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

Die Patientin/der Patient zeigt Probleme mit ...	gar nicht	geringfügig	mittelgradig	stark	äusserst stark	keine Antwort
13. Mündlicher Kommunikation, Informationszugang						
13a. Wegen sprachlich-kognitiven Funktionseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
13b. Wegen motorisch-artikulatorischen Funktionseinschränkungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
13c. Wegen Sinnesbeeinträchtigungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
* Soweit Sinnes- und Körperbeeinträchtigungen durch Hilfsmittel oder technische Anpassungen (teilweise) kompensiert werden, sind sie nicht bzw. unter Benutzung der Hilfsmittel/technischen Anpassungen zu signieren. Bitte aber unter «Bemerkungen» darauf hinweisen.						



Fortsetzung auf nächster Seite →

Ärztliche Einschätzung

7/10

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

Die Patientin/der Patient zeigt Probleme mit ...

gar nicht

geringfügig

mittelgradig

stark

äusserst stark

keine Antwort

14. Schriftlicher Kommunikation, Informationszugang

14a. Wegen sprachlich-kognitiven Funktionseinschränkungen

Bemerkungen

14b. Wegen motorisch-artikulatorischen Funktionseinschränkungen*

Bemerkungen

14c. Wegen Sinnesbeeinträchtigungen*

Bemerkungen

* Soweit Sinnes- und Körperbeeinträchtigungen durch Hilfsmittel oder technische Anpassungen (teilweise) kompensiert werden, sind sie nicht bzw. unter Benutzung der Hilfsmittel/technischen Anpassungen zu signieren. Bitte aber unter «Bemerkungen» darauf hinweisen.

Fortsetzung auf nächster Seite →



Ärztliche Einschätzung

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

Die Patientin/der Patient zeigt Probleme mit ...	gar nicht	geringfügig	mittelgradig	stark	äusserst stark	keine Antwort
15. Raumvorstellung und räumlicher Orientierung Sich im Raum zurechtfinden bei Sinnesbeeinträchtigungen*; Orientierungsstörung bei hirnerkranklicher Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
16. Sehen* Sehschärfe, Gesichtsfeld, Funktion des Augenmuskels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
17a. Handhaben* Grobmotorik und Kraft in Arm und Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
17b. Manueller Feinmotorik*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
* Soweit Sinnes- und Körperbeeinträchtigungen durch Hilfsmittel oder technische Anpassungen (teilweise) kompensiert werden, sind sie nicht bzw. unter Benutzung der Hilfsmittel/technischen Anpassungen zu signieren. Bitte aber unter «Bemerkungen» darauf hinweisen.						



Fortsetzung auf nächster Seite →

Ärztliche Einschätzung

9/10

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

Die Patientin/der Patient zeigt Probleme mit ...

18a. Gehen und sich fortbewegen*

gar nicht

geringfügig

mittelgradig

stark

äusserst stark

keine Antwort

Bemerkungen

18b. Körperhaltung*

Rumpf-/Kopfstabilität

Bemerkungen

* Soweit Sinnes- und Körperbeeinträchtigungen durch Hilfsmittel oder technische Anpassungen (teilweise) kompensiert werden, sind sie nicht bzw. unter Benutzung der Hilfsmittel/technischen Anpassungen zu signieren. Bitte aber unter «Bemerkungen» darauf hinweisen.

Prognose (bitte auch auf Rehabilitationsaussichten eingehen)

Kommentar

Fortsetzung auf nächster Seite →



Ärztliche Einschätzung

10/10

Zur individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung

Vergütung und Rückmeldung zur Informationsanfrage

Wir bitten Sie, die ausgefüllte ärztliche Einschätzung an die Abklärungsstelle IndiBe zu retournieren: Die Rechnung gemäss Aufwand (bis zu max. CHF 100.-) lassen Sie bitte dem Alters- und Behindertenamt zukommen.

Rechnungsadresse:

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Alters- und Behindertenamt,
Rathausgasse 1, Postfach, 3000 Bern 8

Falls Sie nicht genügend Kenntnisse über die behinderungsbedingten Schlüsselprobleme der Patientin oder des Patienten haben, um die Fragen zu beantworten, notieren Sie dies bitte im untenstehenden Feld. Bitte senden Sie den Fragebogen mit Ihrer Bemerkung auch in diesem Fall an IndiBe.

Ihre Rückmeldung zur Informationsanfrage (Verständlichkeit, Aufwand, weiteres) interessiert uns. Bitte notieren Sie Ihre Bemerkungen, besten Dank.



Datum

Unterschrift

Stempel
