

Stammblatt ADHS-Ambulanz

Name:

Geburtsdatum:

biologisches Geschlecht:

identifiziert sich als:

Familienstand: Kinder:

Derzeitige Tätigkeit:

Wohnsituation:

Allergien:

Besonderheiten/ Hilfsangebote:

Telefonnummern:

- eigene Nummer:
- E-Mailadresse:
- Betreuer + Tel.:
- Hausarzt + Tel.:
- Angehörige/ Bezugsperson + Tel.:
- Psychologe+Tel.:

Wir benötigen folgende Dokumente:

Bringen Sie zur Terminvergabe folgendes mit:

- Überweisung an AD(H)S-Ambulanz/ PIA
- Fragebogen zum Lebenslauf
- Krankenkassenkarte
- Stammblatt
- bundeseinheitlicher Medikamentenplan
- alte Entlassungsbriefe/ Reha Berichte
- Unterlagen zum Betreuungsrecht

Name; Vorname:

Geburtsdatum:

Datenübermittlung an den Hausarzt und alle anderen mit- und weiterbehandelnden Ärzte und Psychotherapeut*innen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten, insbesondere sämtliche vorhandenen Befunde durch die Psychiatrische Institutsambulanz, Akut-Ambulanz, AD(H)S-Ambulanz und Psychotherapeutische-Akutambulanz an meinen Hausarzt und alle anderen mit- und behandelnden Ärzte und Psychotherapeut*innen schriftlich, elektronisch und in sonst angemessener Weise zu Behandlungs- und Dokumentationszwecken übermittelt werden dürfen.

Ja ☐

Nein ☐

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Psychiatrische Institutsambulanz, Akut-Ambulanz, AD(H)S-Ambulanz und Psychotherapeutische-Akutambulanz die bei meinem Haus-/ Facharzt und Psychotherapeut*in vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine ambulante Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Haus-/ Facharztes und Psychotherapeut*in zu erhalten. Die Psychiatrische Institutsambulanz, Akut-Ambulanz, AD(H)S-Ambulanz und Psychotherapeutische-Akutambulanz wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja ☐

Nein ☐

Name u. Anschrift des Hausarztes:

Name u. Anschrift des überweisenden Arztes:

Name u. Anschrift Psychotherapeut*in:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass im Rahmen der Einnahme von Psychopharmaka regelmäßige Labor- und EKG-Kontrollen bei Hausarzt durchzuführen sind.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch die Psychiatrische Institutsambulanz Waltrop via Telefon/ Mobiltelefon/ E-Mailadresse zu folgenden Zwecken: Terminverschiebungen, Laboruntersuchungen, Organisatorisches.

Waltrop, den

(Unterschrift des Patienten)

**Patient:innen Fragebogen
zum Lebenslauf**Name: Vorname: Geburtsdatum:

Sehr geehrte(r) Patient:in,

der folgende Fragebogen hilft uns dabei, einen umfassenden Eindruck von Ihnen zu erhalten.

Für die Behandlung in unserer Ambulanz ist es sehr wichtig, dass Sie uns diesen Bogen so vollständig und genau wie möglich ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichend sein, benutzen Sie die Rückseite oder separate Blätter.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Angaben zu den Beschwerden, Hilfen und Therapien

- a) Bitte beschreiben Sie den Grund für Ihren aktuellen Behandlungswunsch. Was war in letzter Zeit schwierig? Unter welchen Hauptbeschwerden leiden Sie?

- b) Seit wann bestehen Ihre Hauptbeschwerden?

- c) Bitte beschreiben Sie die Entwicklung Ihrer Probleme, d. h. vom ersten Auftreten bis heute:

- d) Gab es große Veränderungen in Ihrem Leben vor Beginn der Beschwerden, oder gab es vor Beginn der Beschwerden eine hohe Belastung? Gibt es einen ersichtlichen Grund/Auslöser für Ihre Beschwerden?

- e) Bitte führen Sie im Folgenden alle psychiatrischen, psychosomatischen, psychologischen und psychotherapeutischen Vorbehandlungen (z. B. stationäre oder tagesklinische Behandlung, Rehas, Kuren, ambulante Therapien) auf:

Jahr	Einrichtung, Behandler, Ort	Behandlungsgrund	Dauer (W o. M)

- f) Haben Sie professionelle Unterstützung im privaten Rahmen? (Z.B. Gesetzliche Betreuung, ambulant betreutes Wohnen)? Liegen Vollmachten von Ihnen vor?

Ja	Nein	Art	Name, Telefonnummer, ggf. Anbieter oder Beziehung zur Person
☐	☐	Gesetzl. Betreuung	
☐	☐	Ambulant betreutes Wohnen	
☐	☐	Vorsorgevollmacht	
☐	☐	Patient:innennverfügung	

2. Biographische Anamnese

- a) Wie würden Sie, in wenigen Sätzen, ihre Kindheit und Jugend beschreiben? Haben Sie einen Schulabschluss oder eine abgeschlossene Berufsausbildung?

- b) Wie leben Sie aktuell? (Arbeit, Wohnen, Partnerschaft, Familie)

- c) Gab es belastende oder erschwerende Umstände in Ihrem Leben? (Z.B. Tod einer Bezugsperson, Heimaufenthalte, Unfall, Überfall, Traumatisierungen)
- a. Bitte nur ankreuzen: ☐ Ja ☐ Nein

3. Körperliche Gesundheit

- a) Ihre Größe Aktuelles Gewicht Wunschgewicht

Allergien:

- b) Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen haben Sie bisher durchgemacht?

- c) Welche ärztlichen Diagnosen oder Untersuchungsbefunde der letzten fünf Jahre sind Ihnen bekannt? (Wenn vorhanden, ggf. Kopien beifügen)

- d) Hatten Sie schon mal Nebenwirkungen von einem Medikament? Von welchem? Was?

e) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name des Medikaments	Dosis	Einnahmehäufigkeit

f) Wie schlafen Sie? Wann gehen Sie gewöhnlich ins Bett und stehen wieder auf? Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?

g) Arbeitsbelastung: Wie viele Tage pro Woche arbeiten Sie? Wie viele Stunden pro Tag? Arbeiten Sie in einem Schichtsystem? Wenn ja, welche Schichten gibt es?

h) Halten Sie ihren Körper fit? Machen Sie Sport? Wenn ja, was und wie oft?

4. Konsum

- a) Bitte geben Sie an, welche Substanzen Sie in den letzten fünf Jahren eingenommen haben und/oder zur Zeit einnehmen:

Was wird/wurde konsumiert?	Menge früher:	Menge heute:
Drogen/ unverschriebene Medikamente (bitte nennen)		
Alkohol (bitte nennen)		
Rauchen/ Nikotin (bitte nennen)		

5. Erwartungen an die Therapie und an das therapeutische Team

- a) Was erwarten Sie von der Therapie?-

- b) Welche Ziele haben Sie für die Therapie?

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Störungsspezifischer Anhang zum Fragebogen: ADHS

In diesem Fragebogen fragen wir bestimmte Symptome ab. Sollten diese bei Ihnen vorliegen (oder haben irgendwann in ihrem Leben schon mal längere Zeit vorgelegen) dann nennen Sie bitte **Beispiele und Situationen**, in denen die Symptome besonders ausgeprägt sind/waren.

1) Kennen Sie Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen? Wenn ja, nennen Sie typische Situationen, in denen dieses Verhalten auftritt:

2) Fühlen Sie sich innerlich unruhig, müssen Sie sich immer bewegen oder sind sie zappelig? Nennen Sie Beispiele, beschreiben Sie Situationen, in denen diese Verhalten besonders ausgeprägt ist:

3) Sind Sie schnell gereizt oder fühlen Sie sich schnell angegriffen? Wie verhalten Sie sich beim Autofahren? Hatten Sie wegen ihres Temperamentes schon mal Probleme?

4) Wie ist ihre Stimmung? Ist sie stabil oder wechselt sie? Wenn ja, wie häufig? Ist Ihnen schnell langweilig? Welche Hobbies haben Sie aktuell und wie lange gehen Sie ihnen schon nach?

5) Wie würden Sie ihren Umgang mit Stress oder Belastungen beschreiben? Hat Stress Auswirkungen auf ihre Arbeit oder ihren Alltag?

6) Wie würden Sie ihre Organisationsfähigkeiten beschreiben? Wie gut können Sie planen und sich an die Pläne halten? Schließen Sie Geplantes zuverlässig ab? Sind Sie vergesslich? Wie gehen Sie vor, wenn etwas bis zu einem bestimmten Datum erledigt sein soll?

7) Sind Sie impulsiv? Haben Sie schon mal andere Leute unterbrochen oder deren Sätze zu Ende gesprochen? Machen Sie Dinge, die sie später bereuen? Machen Sie Arbeiten zu schnell und zu oberflächlich?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!