

Anmeldeformular zum Erstgespräch in der Spezialambulanz Autismus-Spektrum-Störungen des Klinikums der LMU München

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtstag:

Adresse:.....

Telefonnummer:

Emailadresse:

Überweisender Facharzt:.....

.....

Bitte lassen Sie uns das ausgefüllte Anmeldeformular per Post zukommen zur Vereinbarung eines Erstgesprächs. Bitte fügen Sie folgende Dokumente hinzu:

- **Grundschulzeugnisse**
- **Alle bisherigen Befundberichte / Arztbriefe**
- **Sorgfältig ausgefüllter Anamnesebogen (zu finden ab Seite 2)**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Institutsambulanz
Nußbaumstr. 7
80336 München

Tel: 089/4400-53307

Anamnesebogen Spezialambulanz Autismus-Spektrum-Störungen

Gab es einen konkreten Anlass oder Auslöser für die Anmeldung in der Spezialambulanz?

Wer hat Ihnen empfohlen, abklären zu lassen, ob eine Autismus-Spektrum-Störung bei Ihnen vorliegen könnte?

Welche Schwierigkeiten haben Sie im Umgang oder in der Kommunikation mit anderen Menschen?

Welche Schwierigkeiten haben andere Menschen im Umgang oder in der Kommunikation mit Ihnen?

Unter welchen weiteren Schwierigkeiten im Alltag leiden Sie?



CAMPUS INNENSTADT
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE



Befinden Sie sich aktuell in ambulanter Psychotherapie?
ja nein
Wenn ja, bei wem?
Name:..... Tel.:.....

Waren Sie früher schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?
ja nein
Wenn ja, bei wem und wann?
.....
.....
.....
.....
.....

Konsultieren Sie in regelmäßigen Abständen einen Psychiater/ Nervenarzt?
ja nein
Wenn ja, wen?
Name:..... Tel.:.....

Waren Sie früher schon einmal bei einem Psychiater/ Nervenarzt in Behandlung?
ja nein
Wenn ja, bei wem und wann?
.....
.....
.....
.....
.....



CAMPUS INNENSTADT
 KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
 PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE



Waren Sie früher schon einmal in stationärer Behandlung? ja nein
 Wenn ja, wo und wann? Welche Diagnosen wurden gestellt und welche Medikamente wurden Ihnen empfohlen?

Name der Klinik/Einrichtung

.....
 von..... bis.....

Diagnosen:

Entlassmedikation:

Name der Klinik/Einrichtung

.....
 von..... bis.....

Diagnosen:

Entlassmedikation:

Name der Klinik/Einrichtung

.....
 von..... bis.....

Diagnosen:

Entlassmedikation:

[Weitere Aufenthalte bitte auf gesondertem Blatt zufügen]

**Bitte senden Sie uns Kopien der dazugehörigen Befundberichte /
 Arztbriefe zu!**

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?
 (Name / Dosierung / Einnahmezeitpunkt):

.....

Somatische Anamnese

Leiden Sie momentan unter körperlichen Erkrankungen?

Wurden sie schon einmal operiert? Falls ja, wann und aus welchem Anlass?

Litten Sie in der Vergangenheit unter körperlichen Erkrankungen?

Wurde bei Ihnen jemals eine Epilepsie diagnostiziert?

Leiden Sie unter Allergien?

Biographische Anamnese

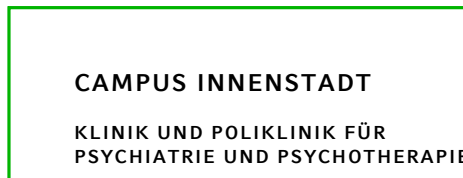
Alter der Eltern bei Ihrer Geburt?

Geschwister (Geschlecht, Altersunterschied)?

Wie alt waren Sie genau als Sie anfangen zu laufen?

Wie alt waren Sie genau als Sie anfangen zu sprechen?
Wurden bei Ihnen in den Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt Auffälligkeiten festgestellt?
Erhielten Sie Ergotherapie, Logotherapie oder andere Therapien als Kind?
Welche Spiele haben sie als Kind gerne gespielt? Welche Rollenspiele spielten Sie gerne? Mit wem haben Sie gespielt?
Was wissen Sie über Besonderheiten während Ihrer Zeit im Kindergarten?
Was wissen Sie über Besonderheiten während Ihrer Zeit in der Grundschule?
Was wissen Sie über Besonderheiten während Ihrer Zeit in der weiterführenden Schule?

<p>Hobbys während der Kindergartenzeit:</p> <p>Hobbys während der Schulzeit:</p>
<p>Welchen Schulabschluss haben Sie erworben? Durchschnittsnote?</p>
<p>Berufliche Entwicklung :</p>
<p>Welche berufliche Tätigkeit üben sie gegenwärtig aus?</p> <p>Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie zuvor ausgeübt?</p>
<p>Wie gestalten sich die Kontakte zu Ihren Kollegen / Mitarbeitern / Vorgesetzten?</p>



Sozial- und Familienanamnese

Wie wohnen Sie momentan (Mietwohnung, Privatwohnung, Eigenheim, therapeutische Wohngemeinschaft, etc.)? Mit wem wohnen Sie zusammen?

Führen Sie aktuell eine Partnerschaft? Falls nein, waren Sie jemals in einer Partnerschaft?

Haben Sie Kinder? Falls ja, bitte Alter und Geschlecht angeben.

Haben Ihre Eltern einen Migrationshintergrund?

Liegt oder lag bei ihren Kindern, Eltern, Geschwistern oder anderen Verwandten eine Autismus-Spektrum-Störung, eine andere Entwicklungsstörung oder eine andere psychische Erkrankung vor?

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

Verfügen Sie über eine Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung?

Grad der Behinderung (GdB)?

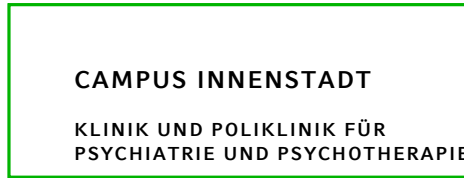


KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUS INNENSTADT
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE




Weitere Bemerkungen



Empfangsbestätigung

Falls Sie eine Eingangsbestätigung Ihres Anmeldeformulars wünschen, können Sie gerne die unten abgebildete Vordruckvorlage Ihrer Anmeldung beifügen.
 Sie können diese ausdrucken, ausschneiden und auf eine Postkarte kleben. Bitte vergessen Sie nicht Ihre Adresse hinzuzufügen und die Postkarte ausreichend zu frankieren.
 Sobald Ihre Anmeldeunterlagen bei uns eintreffen, können wir ihre Empfangsbestätigung mit einem Eingangsstempel versehen und an Sie zurücksenden.



Absender
 Klinikum der Universität München
 Klinik u. Poliklinik f. Psychiatrie u.
 Psychotherapie
 Institutsambulanz
 Nussbaumstraße 7
 80336 München

Empfangsbestätigung
 Ihre Anmeldung zum Erstgespräch in
 der Spezialambulanz Autismus-
 Spektrum-Störungen der LMU
 München ist in der Institutsambulanz
 eingegangen.

Institutsstempel

Empfänger

Bitte
ausreichend
frankieren!

Eingangsbestätigung kann nur zurückgesandt werden, wenn die Karte ausreichend frankiert und die Adresse vollständig eingetragen wurde. Text bitte nicht verändern.