LMU KLINIKUM
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
FDS-Sprechstunde



ANMELDEFORMULAR
Sprechstunde für funktionelle/dissoziative Anfälle (FDS)

Liebe Patient*in, sehr geehrte Kolleg*in,

unsere psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde richtet sich an Erwachsene mit gesicherten oder vermuteten funktionellen/dissoziativen Anfällen (FDS), auch bei zusätzlicher Epilepsie.

Unser Angebot

- Erstvorstellung zur diagnostischen Orientierung, psychiatrischen Einschätzung und individuellen Behandlungsplanung.
- Psychoedukation und erste Strategien zur Anfallsbewältigung.
- Einschätzung des psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsbedarfs.
- Beratung und Unterstützung bei der Vermittlung geeigneter weiterführender Behandlungsangebote.
- Bei entsprechender Indikation und Erfüllung der Aufnahmekriterien unserer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ist eine längerfristige psychiatrische Mitbehandlung möglich.

Die Sprechstunde ersetzt keine neurologisch-epileptologische Diagnosesicherung und ist kein Notfallangebot.

Benötigte Unterlagen

Um die Erstvorstellung gezielt für Beratung und Behandlungsplanung nutzen zu können, bitten wir darum, folgende Unterlagen möglichst vollständig vorab einzureichen:

1. Ausgefülltes Anmeldeformular (Seiten 2–5).
2. Neurologische/epileptologische Vorbefunde, insbesondere EEG- und Video-EEG-Befundberichte.
3. Relevante psychiatrische/psychosomatische Vorbefunde und aktueller Medikamentenplan.

Fehlende Unterlagen können bei Bedarf nachgereicht werden.

Anmeldung und Kontakt

E-Mail: psy.fds@med.uni-muenchen.de
Fax: 089 4400 - 55039
Postanschrift: LMU Klinikum, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, z. Hd. Lukas Stütz, Nußbaumstraße 7, 80336 München

Bitte beachten Sie, dass die Übermittlung medizinischer Unterlagen per unverschlüsselter E-Mail mit Datenschutzrisiken verbunden ist. Nutzen Sie hierfür bevorzugt einen sicheren Übermittlungsweg oder den Postweg.

Nach Sichtung Ihrer Unterlagen kontaktieren wir Sie zur Terminvereinbarung.

Hinweis: Die Anmeldung ist keine Terminbestätigung. Bei akuten medizinischen oder psychiatrischen Notfällen wenden Sie sich bitte an die reguläre Notfallversorgung.

1. Anmeldung durch / zuweisende Einrichtung

☐ Patient*in selbst ☐ LMU-Epilepsie-Monitoring ☐ Andere Klinik / Ambulanz ☐ Niedergelassene Praxis
☐ Angehörige / Sonstige

Name der zuweisenden Einrichtung / Praxis:

Fachrichtung:

Ansprechperson:

Telefon / E-Mail:

Ist eine weitere ambulante Mitbehandlung in der zuweisenden Einrichtung möglich? ☐ Ja ☐ Nein

2. Kontaktinformationen der Patient*in

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____

3. Diagnosen und bisherige Diagnostik

Hauptdiagnose (ICD-10):

Bestehende Nebendiagnosen (neurologisch, psychiatrisch, somatisch):

Bisheriger diagnostischer Status bezüglich funktioneller/dissoziativer Anfälle:

☐ FDS gesichert ☐ Verdacht auf FDS ☐ Diagnostisch noch unklar

Besteht zusätzlich eine Epilepsie?

☐ Ja, gesichert ☐ Verdacht ☐ Nein ☐ Unklar

Wurde bereits eine neurologische/epileptologische Untersuchung durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Wurde ein Video-EEG-Monitoring durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Falls ja, wurde ein typischer Anfall aufgezeichnet?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Wo erfolgte die bisherige neurologische Diagnostik?

Wann fand die letzte neurologische Vorstellung statt?

Wann traten Ihre ersten Anfälle bzw. anfallsartigen Episoden auf?

Jahr: _____ Monat (falls bekannt): _____ ☐ Nicht erinnerlich

4. Aktuelle Anfallssituation

Wie äußern sich Ihre Anfälle? (kurze Beschreibung)

Wie häufig traten in den letzten vier Wochen Anfälle auf? ☐ Kein Anfall ☐ 1–2 Episoden insgesamt
☐ 1–3 Anfälle pro Woche ☐ 4 oder mehr Anfälle pro Woche ☐ Täglich oder häufiger
Wie lange dauert ein typischer Anfall?
☐ Unter 1 Minute ☐ 1–5 Minuten ☐ 5–15 Minuten ☐ Über 15 Minuten

5. Aktuelle medizinische und psychotherapeutische Anbindung

Aktuelle Behandlung durch:
☐ Neurolog*in / Epileptolog*in ☐ Psychiater*in ☐ Psychotherapeut*in ☐ Hausärzt*in
☐ Andere Fachrichtung ☐ Derzeit keine entsprechende Behandlung
Name / Einrichtung der aktuell behandelnden Personen:

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter Psychotherapie?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Auf Warteliste
Falls ja, seit wann?

Therapieverfahren (falls bekannt): ☐ Verhaltenstherapie ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☐ Analytische Psychotherapie ☐ Systemische Therapie ☐ EMDR ☐ Andere / unbekannt
Bisherige psychiatrische / psychosomatische Behandlung:
☐ Keine ☐ Ambulant ☐ Teilstationär ☐ Stationär
Bisherige Therapien oder Behandlungsversuche:

---

6. Aktuelle Medikation

Bitte legen Sie Ihrer Anmeldung einen **aktuellen Medikamentenplan** bei, aus dem alle regelmäßig sowie bei Bedarf eingenommenen Medikamente einschließlich Dosierung und Einnahmehäufigkeit hervorgehen.
☐ Aktueller Medikamentenplan liegt bei. ☐ Ich nehme derzeit keine Medikamente ein.
☐ Medikamentenplan wird nachgereicht.

7. Aktuelle psychosoziale Situation

Derzeitige Erwerbssituation:
☐ Erwerbstätig, ≥35 Std./Woche ☐ Erwerbstätig, 15–34 Std./Woche ☐ Erwerbstätig, < 15 Std./Woche ☐ Arbeitssuchend / ohne Beschäftigung ☐ Erwerbsminderungsrente ☐ Ruhestand / Vorruhestand
☐ Aus anderen Gründen nicht erwerbstätig ☐ Ausbildung / Studium
Derzeitige Wohnsituation:
☐ Alleinlebend ☐ Mit Partner:in ☐ Bei den Eltern ☐ Wohngemeinschaft
☐ Betreute/therapeutische WG ☐ Sonstige Wohnform: _____
Besteht aktuell besonderer sozialer oder psychosozialer Unterstützungsbedarf? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar

Wie stark fühlen Sie sich insgesamt durch Ihre Anfallserkrankung beeinträchtigt?
☐ Überhaupt nicht ☐ Nur ein bisschen ☐ Etwas ☐ Stark ☐ Sehr stark

8. Anliegen und Erwartungen an die Sprechstunde

Aus welchen Gründen melden Sie sich bei uns an? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Diagnostische Einordnung und Beratung zum Krankheitsbild
☐ Unterstützung beim Umgang mit den Anfällen
☐ Psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung
☐ Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Behandlungsangeboten
☐ Psychosoziale Beratung
☐ Sonstiges: _____

Was wünschen Sie sich von der Vorstellung in unserer Sprechstunde?

Bei Zuweisung durch Behandler*in: Konkrete Fragestellung / Behandlungsauftrag?

9. Beigefügte Vorbefunde

Bitte kreuzen Sie an, welche Unterlagen Sie mit der Anmeldung einreichen.

☐ Neurologischer / epileptologischer Arztbrief ☐ EEG-Befundbericht ☐ Video-EEG-Befundbericht
☐ Psychiatrischer / psychosomatischer Arztbrief ☐ Psychotherapeutischer Befundbericht
☐ Aktueller Medikamentenplan ☐ Weitere relevante Vorbefunde: _____
☐ Unterlagen werden nachgereicht.

10. Interesse an wissenschaftlicher Forschung

Im Rahmen unserer FDS-Sprechstunde und der NEBEL-Studie erforschen wir funktionelle/dissoziative Anfälle und Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Versorgung.

Darf unser Studienteam Sie über mögliche wissenschaftliche Studien informieren?

☐ Ja, ich bin mit einer Kontaktaufnahme über die angegebenen Kontaktdaten einverstanden.
☐ Nein, ich wünsche keine Kontaktaufnahme.
☐ Ich möchte dies zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden.

Die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien ist freiwillig und unabhängig von Ihrer medizinischen Behandlung. Eine gesonderte Aufklärung und Einwilligung erfolgen vor einer möglichen Studienteilnahme. Die Einwilligung zur Kontaktaufnahme kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

11. Hinweis zum Austausch medizinischer Informationen

Bitte reichen Sie relevante medizinische Vorbefunde möglichst bereits mit der Anmeldung ein. Sollte eine Rücksprache mit bisherigem Behandler*in oder die Anforderung weiterer Befunde erforderlich sein, stimmen wir dies individuell mit Ihnen ab und holen gegebenenfalls Ihre Einwilligung ein.

Hinweis zur Anmeldung: Nach Sichtung Ihrer Unterlagen setzen wir uns zur Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung. Die Anmeldung stellt noch keine verbindliche Terminbestätigung dar.

Rücksendung der Unterlagen
LMU Klinikum München
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
FDS-Sprechstunde
z. Hd. Lukas Stütz
Nußbaumstraße 7
80336 München

E-Mail: psy.fds@med.uni-muenchen.de
Fax: 089 4400 - 55039