LMU KLINIKUM
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Sprechstunde für Tic Störungen

# Patientenanmeldung – Sprechstunde für Tic Störungen

Bitte füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus. Die Anmeldung stellt noch keine verbindliche Terminbestätigung dar. Aufgrund der hohen Anzahl an Anmeldungen führen wir eine Warteliste. Die Terminvergabe erfolgt entsprechend der verfügbaren Kapazitäten. Wir bitten um Verständnis, dass es daher zu längeren Wartezeiten kommen kann.

Waren Sie schon mal in unserer Ambulanz?
☐ Erstvorstellung ☐ Wiedervorstellung Letzte Vorstellung: _____

## Persönliche Angaben

Vor- und Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Geschlecht: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____
Bei Minderjährigen – Name der Sorgeberechtigten: _____
_____

Krankenversicherung:
☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Selbstzahler

Datenschutz und Verwendung personenbezogener Daten
Die im Anmeldeformular erhobenen personenbezogenen Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Angaben, werden ausschließlich zur Bearbeitung der Anmeldung, zur Terminplanung sowie zur Vorbereitung und Durchführung der medizinischen Versorgung in der Sprechstunde für Tic-Störungen am LMU Klinikum verarbeitet.
Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Weitere Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten, zu den Aufbewahrungsfristen und zu Ihren Datenschutzrechten entnehmen Sie bitte den Datenschutzinformationen des LMU Klinikums.
Bestätigung
☐ Ich habe die Datenschutzinformationen zur Kenntnis genommen.
Datum: _____
Unterschrift (Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r): _____

---

Rücksendung der Unterlagen:

LMU Klinikum München
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tourette Ambulanz
Nußbaumstraße 7
80336 München

Fax: 089 4400 - 55039

## 1. Angaben zu den Tic-Symptomen

Seit wann bestehen die Tic-Symptome?
☐ Weniger als 1 Jahr ☐ 1–5 Jahre ☐ Mehr als 5 Jahre
Welche Symptome treten auf? (Mehrfachauswahl möglich)
☐ Bewegungstics ☐ Geräuschtics ☐ Komplexe Bewegungen oder Lautäußerungen ☐ anfallsartige Bewegungen ☐ Sonstige: _____
Alter beim ersten Auftreten der Symptome: _____
Wurde bereits eine Diagnose gestellt?
☐ Tourette-Syndrom ☐ Chronische motorische oder vokale Tic-Störung ☐ Funktionelle Tic-ähnliche Symptome
☐ Bisher keine Diagnose ☐ Andere: _____

## 2. Begleiterkrankungen

Sind folgende Erkrankungen oder Beschwerden bekannt?
☐ ADHS / Aufmerksamkeitsprobleme ☐ Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen ☐ Angststörung
☐ Depression ☐ Autismus-Spektrum-Störung ☐ Schlafstörungen ☐ Lernprobleme ☐ Verhaltensprobleme
☐ neurologische Symptome ☐ Sonstige: _____ ☐ Keine bekannt

## 3. Derzeitige psychosoziale Situation

Aktuelle Lebenssituation:
☐ Kindergarten ☐ Schule ☐ Ausbildung / Studium ☐ Berufstätig ☐ Derzeit nicht berufstätig ☐ Rente
Familiäre und soziale Situation:
☐ Lebt bei Eltern / Sorgeberechtigten ☐ Mit Partner/in oder Familie ☐ Allein ☐ Sonstiges: _____
Bestehen derzeit besondere psychosoziale Belastungen?
☐ Belastungen in der Familie ☐ Schwierigkeiten in Kindergarten / Schule / Ausbildung ☐ Berufliche Belastungen
☐ Soziale Schwierigkeiten / Konflikte mit Gleichaltrigen ☐ Mobbing oder Ausgrenzung ☐ Belastende Lebensereignisse ☐ Keine besonderen Belastungen ☐ Sonstige: _____
Wie stark beeinträchtigen die Tic-Symptome den Alltag?
☐ Gar nicht ☐ Leicht ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Sehr stark
Weitere Angaben (freiwillig): _____

## 4. Bisherige Behandlung

Gibt es bereits eine ambulante Anbindung?
☐ Ja ☐ Nein
☐ Hausarzt/Kinderarzt ☐ Neurologe/in ☐ Psychiater/in/Kinder- und Jugendpsychiater/in
☐ Psycholog/in/Kinder- und Jugendpsycholog/in
Wurden die Tic-Symptome bereits behandelt?
☐ Nein ☐ Medikamentös ☐ Verhaltenstherapie / Habit-Reversal-Training / CBIT ☐ Andere: _____
Aktuelle Medikamente (Name und Dosierung):
_____
_____
Frühere Medikamente (Name, Dosierung und Dauer):
_____
_____

Wurden die Tic-Symptome oder andere psychiatrische Symptome bereits stationär behandelt?
☐ Ja ☐ Nein
Klinik und Zeitraum: _____
_____

## 5. Grund der Anmeldung

Was ist Ihr wichtigstes Anliegen? (Mehrfachauswahl möglich)
☐ Erstvorstellung/ diagnostische Abklärung ☐ Zweitmeinung ☐ Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten
☐ Medikamentöse Behandlung ☐ Verhaltenstherapeutische Behandlung ☐ Zunahme oder Veränderung der Tic-Symptome ☐ Nachteilsausgleich ☐ Grad der Behinderung (GdB)
Weitere Informationen:
_____
_____
_____

## 6. Bisherige Befunde

Welche Untersuchungen wurden im Zusammenhang mit den Tic-Symptomen bereits durchgeführt?
☐ Laboruntersuchungen (Blutuntersuchungen) ☐ EEG (Elektroenzephalographie) ☐ MRT des Kopfes (Magnetresonanztomographie) ☐ Sonstige Untersuchungen: _____ ☐ Bisher keine Untersuchungen
Bitte bringen Sie vorhandene Befunde oder Arztbriefe möglichst zum Ersttermin mit.

## 7. Newsletter und Forschung

Interesse an einem Newsletter mit Informationen zu Tic-Störungen, Angeboten der Sprechstunde und Studien:
☐ Ich möchte den Newsletter per E-Mail erhalten.
☐ Ich möchte keinen Newsletter erhalten.
E-Mail-Adresse für den Newsletter (falls gewünscht): _____

Interesse an Forschungsprojekten der Sprechstunde für Tic-Störungen:
☐ Ich habe Interesse, Informationen zu möglichen Forschungsprojekten zu erhalten und gegebenenfalls kontaktiert zu werden.
☐ Ich habe kein Interesse an einer Kontaktaufnahme zu Forschungsprojekten.

Die Angaben sind freiwillig und haben keinen Einfluss auf die medizinische Versorgung. Die Einwilligung in die Kontaktaufnahme bzw. den Newsletter kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum: _____ Name der anmeldenden Person: _____