LMU KLINIKUM
Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie

Anmeldung Diagnostische Abklärung

Spezialambulanz Autismus-Spektrum-Störung

Übersicht der Anmeldedokumente

I. Überweisung zur diagnostischen Abklärung Von dem/der **Behandler*in** (Fachbereiche Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie) auszufüllen	Seite 2-4
II. Anmeldeformular zum Erstgespräch Von dem/der Patient*in auszufüllen	Seite 5-16

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Spezialambulanz Autismus-Spektrum-Störungen
Nussbaumstr. 7, 80336 München

Dieses Schreiben enthält besonders schutzbedürftige personenbezogene Daten und Mitteilungen für deren Weitergabe oder Offenbarung die Beschränkungen des § 203 Strafgesetzbuch und des § 76 Sozialgesetzbuch gelten.

I. Überweisung zur diagnostischen Abklärung

Spezialambulanz Autismus-Spektrum-Störung

Von dem/der **Behandler*in** auszufüllen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur Anmeldung Ihrer Patientin / Ihres Patienten bei begründetem Verdacht auf Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung benötigen wir einige Informationen. Wir bitten Sie die untenstehenden Fragen möglichst vollständig und ausführlich zu beantworten und bitten um Verständnis, dass nur vollständige Unterlagen gesichtet werden können.

Eine Überweisung an die Spezialambulanz erfolgt zur Abklärung eines begründeten Verdachts auf Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung. Wir bitten um Verständnis, dass im Rahmen der spezifischen Autismus-Diagnostik in der Spezialambulanz eine allgemeine, störungsübergreifende Diagnostik nicht möglich ist. Sollten sich im Verlauf unserer Untersuchungen differentialdiagnostische Hinweise ergeben, sprechen wir jedoch in der Regel Empfehlungen für eine weitere diagnostische Abklärung oder Klärung eines etwaig vorliegenden Behandlungsbedarfs aus.

Vielen Dank für Ihre Mühen.
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Spezialambulanz Autismus-Spektrum-Störung

Behandlerdaten (oder Stempel):

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Fachrichtung .....

Patientendaten:

Name: .....

Vorname: .....

Geschlecht: .....

Geburtstag: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Emailadresse: .....

Versicherung: privat / gesetzlich

Der/die Patient*in befindet sich in meiner Behandlung seit: .....

Die letzte Untersuchung durch mich erfolgte am: .....

Aktuelle Behandlungs-diagnosen (inkl. ICD-10 Code): .....

.....

.....

.....

Aktuelle Medikation: .....

.....

Ist in der Vergangenheit bereits eine Abklärung einer Autismus-Spektrum-Störung erfolgt? ☐ Ja ☐ Nein

Wo? _____

Wann? _____

Ergebnis? _____

_____

Die aktuelle Anmeldung erfolgt auf:

o Meine Anregung

o Wunsch des Patienten/der Patientin

o Andere Stelle: _____

Der Verdacht einer Autismus-Spektrum-Störung ergibt sich aufgrund folgender Untersuchungsergebnisse / Symptome, welche nachvollziehbar seit der Kindheit vorhanden sind und nicht durch Differentialdiagnosen (Bspw. Persönlichkeitsstörungen, soziale Phobie, PTBS, chronische Depression) erklärbar sind:

Ort, Datum Unterschrift

Anmeldeformular zum Erstgespräch

Spezialambulanz Autismus-Spektrum-Störung

Vom dem/der **Patient*in** auszufüllen

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Versicherung: privat / gesetzlich

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

- **Schweigepflichtentbindung**
- **Grundschulzeugnisse**
- **Alle bisherigen Befundberichte / Arztbriefe**
- **Sorgfältig ausgefüllter Anamnesebogen**

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

Tel: 089/4400-53307

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

Herr/Frau _____

geb. am _____

die Mitarbeitenden der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU München, von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen Behandlern:

Name: _____

Anschrift: _____

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Anamnesebogen

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?

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 eine*n Psychiater*in?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wen?

Name:…… Tel.:……

Waren Sie früher schon einmal bei einem/einer Psychiater*in in Behandlung?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bei wem und wann?

……

……

……

……

……

Waren Sie früher schon einmal in stationärer psychiatrisch/psychotherapeutischer 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 fügen Sie Kopien der dazugehörigen Befundberichte / Arztbriefe bei!

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?
Suchtanamnese
Haben Sie jemals Suchtmittel (Nikotin, Alkohol, illegale Drogen wie z.B. Cannabis/Haschisch, Ecstasy, LSD, Kokain, Heroin) konsumiert oder konsumieren Sie diese aktuell? Falls ja – warum aufgehört bzw. fortgesetzter Konsum? Was waren Ihre (ggf. positiven) Erfahrungen? Oder gab es jemals negative Erfahrungen (z.B. Ängste, Verfolgungswahn oder anderes) nach dem Konsum?

Biographische Anamnese
Alter der Eltern bei Ihrer Geburt?
Geschwister (Geschlecht, Altersunterschied)?
Wurden bei Ihnen in den Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt/bei der Kinderärztin Auffälligkeiten festgestellt?
Erhielten Sie Ergotherapie, Logotherapie oder andere Therapien als Kind?
Welche Spiele und mit welchen Spielsachen haben Sie als Kind gerne gespielt?

Mit wem haben Sie gespielt? Gab es Freundschaften? Wurden Sie z.B. zu Kindergeburtstagen eingeladen bzw. gab es Einladungen bei Ihnen?
Was wissen Sie über Besonderheiten während Ihrer Zeit im Kindergarten? Gab es Hinweise von den Betreuungspersonen über Auffälligkeiten, wegen derer z.B. eine psychologische oder ärztliche Untersuchung empfohlen wurde?
Hobbys während der Kindergartenzeit:
Was wissen Sie über Besonderheiten während Ihrer Zeit in der Grundschule?
Was wissen Sie über Besonderheiten während Ihrer Zeit in der weiterführenden Schule?

Hobbys/Vereinszugehörigkeiten während der Schulzeit:
Welchen Schul- bzw. Hochschulabschluss haben Sie erworben? Durchschnittsnote beim höchsten Abschluss?
Berufliche Ausbildung und Entwicklung:
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?
Wie gestalten/gestalteten sich die Kontakte zu Ihren aktuellen / ehemaligen Kolleg*innen/ Mitarbeiter*innen / Vorgesetzten?

Sozial- und Familienanamnese
Wie wohnen Sie momentan (Mietwohnung, Privatwohnung, Eigenheim, therapeutische Wohngemeinschaft, etc.)? Mit wem wohnen Sie (falls zutreffend) zusammen?
Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft? Falls nein, bestand jemals eine Partnerschaft?
Haben Sie Kinder? Falls ja, bitte Alter und Geschlecht angeben.
Haben Ihre Eltern / hat Ihre Familie einen Migrationshintergrund?
Liegt oder lag bei Ihren Kindern, Eltern, Geschwistern oder anderen Verwandten eine Autismus-Spektrum-Störung, eine andere Entwicklungsstörung oder eine andere psychische Störung vor? Falls ja: von wem wurde/n diese diagnostiziert/behandelt? Falls nein: bestehen aus Ihrer Sicht Auffälligkeiten, die möglicherweise auf eine solche Störung hinweisen?

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? Falls ja, für welche Bereiche?
Verfügen Sie über eine Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung?
Liegt ein Grad der Behinderung (GdB) vor? Wurden Ihnen „Merkmale“ wie „G, aG, B und/oder H“ zuerkannt?
Weitere Bemerkungen

Eingangsbestätigung

Falls Sie eine Eingangsbestätigung Ihres Anmeldeformulars wünschen, können Sie gerne den unten abgebildeten Vordruck Ihrer Anmeldung beifügen.

Sie können diesen 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

Bitte ausreichend frankieren!

Empfangsbestätigung

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

Institutsstempel

Empfänger

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