

# Anmeldung/Aufnahme

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Ambulanz  
Alsterdorfer Markt 8  
22297 Hamburg  
Tel.: 040-5077-3857

Datum der Anmeldung
Anmeldung durch:
Rufnummer:
e-mail:

## Angaben Patientin/Patient

Name, Vorname:	Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnr.:	Telefon:
PLZ:	Mobil:
Ort:	
Adr.Zusatz:	e-mail:
Ihre Krankenkasse:	

## Angehörige/Gesetzliche Betreuung

Angehörige Name, Vorname:	Gesetzliche Betreuerin/Betreuer Name, Vorname	Aufgabenkreis ges. Betreuung:  Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Finanzen Behörden/Post Einwilligungsvorbehalt
Telefon	Telefon	
e-mail	e-mail	

## Liegt bei Ihnen eine Behinderung vor? keine

Wenn Ja, welche?	GdB, GdS, Merkzeichen
	Genauere Angaben zur Behinderung

## Angaben zu Ihrer Person

Größe _____	Bitte geben Sie an, was Sie regelmäßig zu sich nehmen Alkohol Zigaretten Drogen
Gewicht _____	

## Aktuelle Symptomatik/Probleme/Anliegen

--

## Gewünschte Behandlung

Diagnostische Abklärung, welche _____
Medikamentenverordnung/Überprüfung
Psychiatrische Behandlung
Stützende Gespräche
Krisenintervention
Psychotherapie (Einzel/Gruppe)

## Ihr Behandlungsziel

--

## Aktuelle Medikation

keine

Wenn ja:

Zeitraum von - bis	Medikament	Dosierung

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie ihren Medikamentenplan oder ihre Medikamente mitbringen.

## Körperliche Erkrankungen

keine

Wenn ja, welche

Hepatitis

Epilepsie

Diabetes

Andere \_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal früher in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung?                      nein

Wenn ja, wo und wann und mit welcher Diagnose?		
Institution	Zeitraum	Diagnose

## Wohnsituation

Betreute vollstationäre Einrichtung Betreute Wohngemeinschaft Eigene Wohnung, betreut (PBW, ASP) Eigene Wohnung, nicht betreut Elternhaus	Persönlicher Assistent ( Name, Vorname)
	Telefon
	e-mail

## Arbeitssituation

in Ausbildung Tagesstätte /Tagesförderung Reha-Maßnahme WfBM Erster Arbeitsmarkt Arbeitslos Verrentet	Persönlicher Assistent ( Name, Vorname)
	Telefon
	e-mail

## Überweisende Ärztin/Arzt

Name
Fachrichtung
Anschrift
Telefon
e-mail

Sind Sie auch in einer anderen Institutsambulanz in Behandlung?

Nein

Ja, welche \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Ambulanz gekommen?

--

Bitte zurück per Brief an die :

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Ambulanz \* Alsterdorfer Markt 8 \* 22297 Hamburg

oder per Fax:

040-50773592 oder 040-50773777