

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Behandelnde/r Hausarzt/-in: _____

Behandelnde/r Psychotherapeut/-in: _____

Behandelnde/r Facharzt/-in für Psychiatrie oder Psychosomatik: _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Waren Sie schon in der offenen Sprechstunde oder in der Indikationssprechstd. im ZIP? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie aktuell krankgeschrieben? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schwanger? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Erhalten Sie eine Erwerbsminderungs-Rente? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer/-in? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen ambulanten Betreuer/-in? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie zeitlich flexibel und können kurzfristig Termine wahrnehmen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell? Warum stellen Sie sich in unserer Ambulanz vor?

2. Sind Sie schon früher in psychotherapeutischer oder psychiatrischer stationärer oder ambulanter Behandlung gewesen? (Wo, Therapieform, Jahr, Dauer)? Welche psychiatrischen oder psychosomatischen Diagnosen sind Ihnen bekannt? Welche psychiatrische Medikation wurde Ihnen früher bereits verschrieben?

3. Leiden oder litten Sie an körperlichen Erkrankungen? Welche Diagnosen sind Ihnen bekannt?

4. Haben Sie Allergien?

5. Wie ist Ihr Nachtschlaf? (Ein- oder Durchschlafstörungen? Früherwachen?)

6. Wie ist Ihr Appetit? Essen Sie regelmäßig?

7. Welche Medikation haben Sie aktuell in welcher Dosierung?

8. Wieviel und wie häufig trinken Sie Alkohol?

9. Rauchen Sie? Seit wann? Wieviel?

10. Konsumieren Sie illegale Drogen? Welche? Wie oft?

11. Stehen die aktuellen Beschwerden aus Ihrer Sicht im Zusammenhang mit einem belastenden Erlebnis oder belastenden Lebensumständen? Mit welchen?

12. Welche zusätzlichen Informationen scheinen Ihnen noch wichtig zu sein?

13. Bitte von Ihrem/r **Hausarzt/-in** oder **Facharzt/-in**, bzw. im Rahmen der **Indikationssprechstunde** ausfüllen:

Relevante Diagnosen: _____

Fragestellung: _____

Ärztlicher Quartalskontakt 30 min. erforderlich

Ärztlicher Quartalskontakt 60 min. erforderlich

Ärztlicher Quartalskontakt nicht erforderlich (da bereits durchgeführt oder vereinbart)

Ort, Datum

Unterschrift ÄrztIn/TherapeutIn

Name/Stempel ÄrztIn/TherapeutIn

Bearbeitet:	Dr. Geremek, Nicole - 26.06.2024	Geprüft und freigegeben:	Dr. Knolle-Veentjer, Silja - 27.06.2024
-------------	----------------------------------	--------------------------	---

Geben Sie diesen Fragebogen bitte vollständig ausgefüllt (in jedem Fall benötigen wir die ärztl./therap. Angaben unter Pkt 13) an der Patientenmeldung des Ambulanzentrums im ZIP (Schwanenweg 20 – Zugang über die Kirchenstraße – 24105 Kiel) ab. Sie erhalten dann telefonisch oder per Email ein Terminangebot für ein erstes Orientierungsgespräch.

Bringen Sie außerdem alle relevanten medizinischen und psychiatrischen Vorbefunden (z.B. EKG, aktuelle Laborbefunde) und Arztbriefen zum Erstgespräch mit. Herzlichen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn

Name in Blockbuchstaben

Achtung: Sollten Sie akut in Not sein und unter lebensmüden Gedanken leiden oder aus anderen Gründen dringend psychiatrische Hilfe benötigen, steht Ihnen die Notaufnahme im Niemansweg 147 jederzeit zur Verfügung.

Datenschutzerklärung

Erklärung zur Anmeldung (von der Patientin/dem Patienten zu unterschreiben)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im System des Zentrums für integrative Psychiatrie ZIP gGmbH verarbeitet und zum Zweck der Behandlung gespeichert werden dürfen. Ich habe die entsprechenden Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz für Patient:innen gelesen, die diesem Schreiben beilag.

Hinweis zum Recht auf Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis freiwillig abgebe und dieses von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich teilweise oder insgesamt widerrufen werden kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn

Name in Blockbuchstaben

Bearbeitet:	Dr. Geremek, Nicole - 26.06.2024	Geprüft und freigegeben:	Dr. Knolle-Veentjer, Silja - 27.06.2024
-------------	----------------------------------	--------------------------	---