

**Fachklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie**

Chefarzt Dr. med. Wolfgang Frank

**PSYCHIATRISCHE
INSTITUTSAMBULANZ**

Ambulanzeleitung: Katharina Haub

Klinikum Fünfseenland Gauting GmbH

Postfach 1660 | D-82121 Gauting



Klinikum Fünfseenland Gauting GmbH

Robert-Koch-Allee 6

D-82131 Gauting

Telefon +49 89 89358 0

Fax +49 89 89358 151

E-Mail info@klinikum-fuenfseenland.de

www.klinikum-fuenfseenland.de

IK-Nr. 490 910 875/64/74 520

Ambulanz- Außenstelle

Hauptplatz 2

D-82131 Gauting

BSNR 647452000

Telefon +49 89 893 58 450

Fax +49 89 893 58 459

E-Mail

ambulanz@klinikum-fuenfseenland.de

Liebe Patientin, Lieber Patient,

um unsere Behandlung zu optimieren, bitten wir Sie vorab, sich die Zeit zu nehmen und folgende Fragen zu beantworten:

Vor-, Nachname: _____

Adresse, falls abweichend von der auf der Krankenkassenkarte hinterlegten Adresse:

Telefonnummer: _____ **Handynummer:** _____

Emailadresse (siehe Anlage Datenschutz): _____

Falls vorhanden, Name und Telefonnummer **Ihres/Ihrer gesetzlichen Betreuers/Betreuerin, Vorsorgebevollmächtigten:**

Haben Sie eine **Patientenverfügung**?

Nein

Ja

Welchen **Schulabschluss** haben Sie? Haben Sie eine **Ausbildung**?

Was machen Sie **derzeit beruflich**?

-
- Teilzeit
 Vollzeit

Falls Sie ggf. nicht berufstätig sind, **wovon leben Sie** (z.B. Bürgergeld, Erwerbsminderungs-/Altersrente, Krankengeld, Unterstützung durch Angehörige,...)?

Nennen Sie bitte grob Ihre **aktuellen Beschwerden**?

Wo würden Sie sich **Unterstützung** durch unsere Institutsambulanz wünschen?

Wann gingen die **aktuellen Beschwerden** los?

Sind Sie **aktuell arbeitsunfähig**?

- Nein
 Ja

wenn ja, **wer** hat die **Krankschreibung** ausgestellt und **seit wann**?

Sind bei Ihnen **früher bereits psychiatrische Diagnosen** gestellt worden? Welche?

Sind Sie beim **Sozialpsychiatrischen Dienst SpDi, GpDi** angebunden?

- Nein
 Ja

Wer ist dort Ihr*e **Ansprechpartner*in**? _____

Haben Sie betreutes (Einzel-)Wohnen (BEW)

- Nein
 Ja Wer ist dort Ihr*e **Ansprechpartner*in**? _____

Sind Sie bei einer **Suchtberatungsstelle** angebunden?

- Nein
 Ja welche _____

Haben Sie einen **Grad der Behinderung** (GdB)

- Nein
 Ja wie viel (ggf. incl. Merkzeichen) _____

Waren Sie bereits bei einem/einer **Psychiater*in/Neurolog*in**?

- Nein
 Ja bei wem? _____

Sind Sie in **laufender psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung**?

- Nein
 Ja bei wem? _____ seit wann? _____

Waren oder sind Sie in **psychotherapeutischer Behandlung**?

- Nein
 Ja bei wem? _____ seit wann? _____

Waren Sie bereits in einer **psychiatrischen oder psychosomatischen (Tages-)Klinik**?

- Nein
 Ja wo? _____ wann? _____
 wo? _____ wann? _____

Haben Sie bereits **andere Therapieangebote ausprobiert** (z. B. Ergotherapie, Gruppentherapie,...)?

- Nein
 Ja welche? _____

Womit versuchen Sie sich ggf. **in psychischen Krisen zu helfen**?

Haben Sie **Hobbies**?

- Nein
 Ja welche? _____

Machen Sie **Sport**?

Nein

Ja welche? _____

Sind bei Ihnen **körperliche Erkrankungen** bekannt (z.B. Schilddrüsenerkrankung, Bluthochdruck, Allergien,...)?

Aktuelle Medikation: Sie können uns alternativ oder ergänzend gerne Ihren Medikationsplan von ihrer Hausärztin/Hausarzt zur Verfügung stellen.

Sollten Sie **relevante Vorbefunde** zu Hause haben, dürfen Sie diese gerne mitbringen.

Wir bitten Sie, den Fragebogen zum ersten Termin ausgefüllt mitzubringen.
Sollten Sie zum vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie um rechtzeitige Absage.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit.

Ihr Ambulanzteam