



Psychiatrisch Psychotherapeutische Ambulanz

Alsterdorfer Markt 8
22297 Hamburg
Telefon: 040 / 5077 – 3857
Email: ppi@alsterdorf.de

Anmeldung

Psychiatrisch Psychotherapeutische Ambulanz

Datum der Anmeldung:

Anmeldung durch:

Tel.-Nr.:

Sind Sie momentan in einer der nachfolgenden Einrichtungen in Behandlung?

PIA

MZEB

SPZ

Nein, bin ich nicht

Adresse:

1. Angaben zum/zur Patient*in

Name, Vorname:

Geburtsdatum: männlich weiblich divers

Wohnsituation: betreute vollstationäre Einrichtung Elternhaus
eigene Wohnung (betreut/BEW) eigene Wohnung (nicht betreut)
Teilbetreute WG betreuter Zeitraum:

Anschrift:

Telefon: mobil:

E-Mail:

Name des Trägers der Wohneinrichtung / BEW:

Persönliche Assistenz: Name, Vorname:

Telefon:

E-Mail:

2. Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Name, Vorname: Nein Ja, mit folgendem Aufgabenkreis:

Anschrift: Vermögensangelegenheiten

Telefon: Aufenthaltsbestimmung

Fax: Wohnungsangelegenheiten

E-Mail: Gesundheitsfürsorge

Post- und Fernmelde-angelegenheiten
Vertretung ggü. Behörden etc.

3. Wer ist der / die überweisende Arzt / Ärztin?

Name, Vorname:

Fachrichtung:

Anschrift/Kontaktdaten:

4. Welche Diagnosen wurden bereits diagnostiziert?

- F07** Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
- F70.1** Leichte Intelligenzminderung und deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
- F71** Mittelgradige Intelligenzminderung
- F72** Schwere Intelligenzminderung
- F73** Schwerste Intelligenzminderung
- F78** Andere Intelligenzminderung
- F80** Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache
- F84** Tiefgreifende Entwicklungsstörung (z.B. Autismus)
- Q00-07** Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems

Syndrom:

unbekannt:

5. Welche Erkrankungen und Beeinträchtigungen bestehen zusätzlich?

- Epilepsie Diabetes Bluthochdruck Atemwegserkrankungen
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Störung der kognitiven Entwicklung
- Störung der motorischen Entwicklung
- Verhaltensstörungen
- Beschwerden oder Fehlbildungen an Armen, Beinen oder Rücken
- Probleme bei der Blasen- oder Darmentleerung
- Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6. Bitte schildern Sie das aktuelle Problem bzw. Anliegen:

7. Zusätzlich Wichtiges:

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja, mit einem Grad der Behinderung (GdB) von:

Merkzeichen: G aG H BI GI RF B TBI

Erhalten Sie Leistungen aus
der Pflegekasse? Nein

Ja, folgender Pflegegrad
liegt vor:

1 2 3 4 5

8. Aktuelle Medikation:

Keine

Wenn ja:

Medikamente:	Dosierung:

9. Waren Sie schon einmal in ambulanter oder stationärer psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?

Wenn ja, wo und wann und mit welcher Diagnose?

Institution:	Zeitraum:	Diagnose:

10. Wie sind Sie auf unsere Ambulanz gekommen?

Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen

per **Post** zurück an:

Beratungszentrum Alsterdorf
Paul-Stritter-Weg 7
22297 Hamburg

oder

per **Mail** an:

Julia.Mundorf@alsterdorf.de