

# Anmeldung PIA

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Ambulanz  
Alsterdorfer Markt 8  
22297 Hamburg  
Tel.: 040-5077-3857  
Fax: 040-5077-3592

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

## 1. Angaben zum/zur Patient\*in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Männlich       Weiblich       Divers

### Wohnsituation:

- besondere Wohnform
- Wohnen mit Assistenz (WmA)
- eigene Wohnung (mit ambulanter Assistenz)
- eigene Wohnung (nicht betreut)
- Elternhaus

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des Trägers der Wohneinrichtung /des Ambulanten Dienstes:

\_\_\_\_\_

### Persönliche Assistenz:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## 2. Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Nein

Ja

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon/Mobil:

Fax:

E-Mail:

**Aufgabenkreis:**  Gesundheitsfürsorge  Vertretung ggü. Behörden etc.  
 Aufenthaltsbestimmung  Wohnungsangelegenheiten  
 Vermögensangelegenheiten  Post- und Fernmelde-angelegenheiten

## 3. Sind Sie momentan in einer der nachfolgenden Einrichtungen in Behandlung?

- Medizinisches Behandlungszentrum (MZEB)
- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- Epilepsie-Ambulanz (EPI)
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
- Nein

Adresse:

## 4. Sind Sie momentan bei einem/einer niedergelassenen Psychiater\*in in Behandlung?

- Ja  Nein

## 5. Sind Sie momentan bei einem/einer niedergelassenen Psychotherapeut\*in in Behandlung?

- Ja  Nein

## 6. Gewünschte Behandlung

Diagnostische Abklärung, welche:

- Medikamentenverordnung/Überprüfung
- Krisenintervention
- Psychiatrische Behandlung
- Psychotherapie (  Einzel /  Gruppe)

## 7. Wer ist die / der überweisende Arzt / Ärztin?

Name, Vorname:

Fachrichtung:

Anschrift, Kontaktdaten:

## 8. Welche Diagnosen wurden bereits gestellt?

- 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:
- Andere:

## 9. 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:

**10. Bitte schildern Sie das aktuelle Problem bzw. Anliegen:**

**11. 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

**12. Aktuelle Medikation:**

Keine

Wenn ja:

Medikamente	Dosierung

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

Wenn ja, wo/wann und mit welcher Diagnose?

Institution:	Zeitraum:	Diagnose:

### 14. Wie sind Sie auf unsere Ambulanz gekommen?

**Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen**

Per **Post** zurück an: Psychiatrische Psychotherapeutische Ambulanz  
Alsterdorfer Markt 8  
22297 Hamburg

Oder

Per **Mail** an: [ppi@alsterdorf.de](mailto:ppi@alsterdorf.de)