

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