

Wichtige Informationen vor Ausfüllen des Anmeldebogens

Wer kann sich anmelden?

Personen ab 18 Jahren aus dem **Landkreis Konstanz** mit einem **Indikationsschreiben** vom Facharzt (Neurologe/Psychiater) oder einer Zuweisung durch die behandelnde Psychotherapeutin. Das **Indikationsschreiben** soll Angaben zur aktuellen Behandlung, zur Kernsymptomatik sowie zur differentialdiagnostischen Fragestellung beinhalten (genauere Infos siehe [Website](#)).

Was wird angeboten?

Eine spezifische psychiatrische Diagnostik gemäß Anfrage, Schwerpunkte sind AD(H)S und Autismus (Asperger) im Erwachsenenalter. Für die Früherkennung von psychotischen Erkrankungen wenden Sie sich bitte direkt an uns (ohne Anmeldebogen).

Wie lange muss ich auf einen Diagnostiktermin warten?

Nach Eingang des **vollständig und leserlich ausgefüllten** Anmeldebogens werden wir Ihnen etwa innerhalb von 8 Wochen einige Fragebögen per Post zusenden (achten Sie auf die Angabe einer aktuellen Adresse). Die Wartezeit bis zum Beginn der Diagnostik beträgt aktuell aufgrund der hohen Nachfrage **bis zu 6 - 12 Monate**.

Was mache ich, wenn ich schneller Hilfe benötige?

Wenn Sie zeitnah Unterstützung benötigen, können Sie auch mit geringeren Wartezeiten einen Termin in einer unserer psychiatrischen Institutsambulanzen vereinbaren (<https://www.zfp-reichenau.de/einrichtungen/kliniken/klinik-fuer-sozialpsychiatrie/ambulanzen>). Alternativ gibt es die Möglichkeit, dass Sie sich bei einer psychologischen/psychiatrischen Praxis anmelden.

ACHTUNG: Bestehen bei Ihnen aktuell ausgeprägte akute Beschwerden, wie z.B. schwere Depressivität, starker Konsum von Suchtmitteln (Alkohol oder andere Drogen) oder Suizidgedanken, melden Sie sich bitte direkt bei Ihrem Arzt oder der ortsansässigen psychiatrischen Klinik zur Abklärung einer stationären Behandlung. Im akuten Notfall wenden Sie sich telefonisch an die 112 oder den Notfall- & Bereitschaftsdienst 116117.

Wie läuft die Diagnostik ab?

Vor dem ersten Termin werden Ihnen verschiedene diagnostische Fragebögen zugeschickt, die Sie bitte zu Hause ausfüllen und uns **per Post oder Fax** wieder zukommen lassen (Bedingung für die Aufnahme auf die Warteliste). **Kontaktdaten finden Sie am Ende des Anmeldebogens.**

Bei frei werdenden Kapazitäten melden wir uns für die Vereinbarung eines Ersttermins. Je nach Fragestellung finden 3-4 ca. einstündige Termine vor Ort statt. Die Termine finden im Zentrum für Psychiatrie Reichenau (Feursteinstr. 55, 78479 Reichenau; Haus 35 im 2. Obergeschoss) statt. Informationen zur [Anfahrt](#) sowie einen [Lageplan](#) finden Sie auf unserer Website.

Wer übernimmt die Kosten?

Wenn Sie in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind, übernimmt die Kosten Ihre Krankenkasse. Wenn Sie privat versichert sind, müssen Sie zunächst eine Kostenverpflichtungserklärung unterzeichnen. Ob die Kosten im Nachhinein von Ihrer Krankenkasse vollständig oder teilweise erstattet werden, müssen Sie mit Ihrer Versicherung abklären. Anfahrtswegen werden in der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen.

Anmeldung Diagnostiksprechstunde ZfP Reichenau

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht:

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers

Anschrift (vollständige Angabe wichtig zum Erhalt der Fragebögen!)

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse (optional): _____

Staatsangehörigkeit(en): _____

Sprache(n): _____

Krankenversicherung:

☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Selbstzahler

Name der Krankenkasse: _____

Persönlicher Status:

☐ Ledig ☐ Verheiratet

☐ Geschieden ☐ Verwitwet

☐ gegenwärtige Partnerschaft ☐ gegenwärtig keine Partnerschaft

☐ Anzahl und Alter der Kinder: _____

Höchster Schulabschluss:

☐ Kein Schulabschluss ☐ Sonderschule

☐ Hauptschulabschluss ☐ Realschulabschluss

☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur

Höchster erreichter Abschluss der Berufsausbildung

- ☐ Keine Ausbildung bzw. Ausbildung noch nicht abgeschlossen
- ☐ Ausbildung/Lehre; Beruf: _____
- ☐ Fachhochschule; Fachrichtung: _____
- ☐ Universitätsausbildung; Fachrichtung: _____

Gegenwärtige Tätigkeit:

- ☐ Sonderschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium
- ☐ Ausbildung auf erstem Arbeitsmarkt
- ☐ Studium FH/Universität
- ☐ Anstellung auf erstem Arbeitsmarkt; Stundendeputat/Woche: _____
- ☐ Selbständige Beschäftigung
- ☐ Aushilfsjob; Stundendeputat/Woche: _____
- ☐ Arbeitslos ☐ Berentet ☐ Maßnahme vom Arbeitsamt
- ☐ Sonstiges _____

Wohnen:

- ☐ Ohne festen Wohnsitz ☐ Allein in Wohnung ☐ Wohnung mit Partner/in
- ☐ Wohngemeinschaft ☐ Zimmer bei Verwandten oder Eltern ☐ Wohnheim

Wer hat die Anmeldung veranlasst bzw. auf die Möglichkeit zur Abklärung hingewiesen?

- ☐ Selbst
- ☐ Hausarzt/Hausärztin: _____
- ☐ Psychiater/in, Psychotherapeut/in: _____
- ☐ Sonstige: _____

Welches diagnostische Angebot möchten Sie wahrnehmen?

- ☐ AD(H)S – Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter
- ☐ Autismus-Spektrum-Störung/Asperger im Erwachsenenalter
- ☐ Sonstiges: _____

Warum möchten Sie eine diagnostische Abklärung durchführen lassen? Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuellen und seit der Kindheit vorliegenden Beschwerden (in Stichpunkten).

Aktuell: _____

Seit der Kindheit: _____

Für die Diagnostik von Entwicklungsstörungen ist die Fremdanamnese durch eine Bezugsperson aus der (frühen) Kindheit essenziell. Welche Kontaktperson kommt bei Ihnen in Frage?

- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Sonstige: _____
- ☐ Eine Kontaktaufnahme ist in meinem Fall nicht möglich.

Frühere oder aktuelle psychiatrische/psychotherapeutische stationäre oder ambulante Behandlungen:

Wo?	Zeitraum?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wurde bei Ihnen bereits früher eine psychiatrische Diagnose gestellt? Wenn ja, bitte angeben:

Bestehen bei Ihnen somatische Vorerkrankungen? Wenn ja, bitte angeben:

Frühere oder aktuelle Medikation aufgrund psychischer Beschwerden:

Medikament?

Dosis?

Zeitraum?

Lag bei Ihnen in der Vergangenheit oder liegt aktuell Substanzkonsum vor? Bitte ankreuzen und Zeitraum des Konsums sowie ungefähre Menge angeben.

Menge?

Zeitraum?

- ☐ Alkohol

- ☐ Nikotin

- ☐ Cannabinoide

- ☐ Amphetamine

- ☐ Sonstiges

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie unter den folgenden Beschwerden leiden:

- ☐ Ich kann mich nicht lange konzentrieren.
- ☐ Ich fühle mich antriebslos.
- ☐ Ich leide unter starken Stimmungsschwankungen.
- ☐ Ich glaube manchmal, dass andere Leute mir schaden wollen.
- ☐ Ich habe häufig Wutausbrüche.
- ☐ Ich habe den Eindruck, dass andere meine Gedanken hören/lesen können.
- ☐ Ich schiebe unangenehme Dinge oft lange auf.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten in sozialen Situationen.
- ☐ Ich fühle mich traurig.
- ☐ Ich fühle mich oft anders als die anderen.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten Gefühle bei anderen zu erkennen.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten meine eigenen Gefühle einzuordnen.
- ☐ Ich kann nicht gut Prioritäten setzen.
- ☐ Meine Gedanken fühlen sich oft so an, als wären es nicht meine eigenen.

- ☐ Ich kann Dinge schlecht zu Ende bringen.
- ☐ Ich kann meine Alltagsaufgaben nicht (mehr) erledigen (Haushalt, Einkaufen, etc.).
- ☐ Mir fällt Augenkontakt schwer.
- ☐ Ich bin vergesslich.
- ☐ Ich bin eher unflexibel, mag keine Planänderungen.
- ☐ Ich habe öfters das Gefühl, dass andere Leute mich beobachten.
- ☐ Ich fühle mich energielos.
- ☐ Ich bin nicht spontan.
- ☐ Ich habe mich schon einmal absichtlich selbst verletzt.
- ☐ Ich bin sehr reizempfindlich (z.B. gegenüber Geräuschen, Gerüchen, Berührungen).
- ☐ Ich höre teilweise Dinge, die seltsam sind bzw. die andere Leute nicht hören können.
- ☐ Ich habe Schlafprobleme (bitte beschreiben): _____
- ☐ Es gibt bestimmte Gedanken, die ständig in meinem Kopf sind und die mich stören.
- ☐ Ich bin schnell abgelenkt.
- ☐ Ich bin ständig müde.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten mich zu organisieren und Zeitpläne einzuhalten.
- ☐ Ich fühle mich hoffnungslos.
- ☐ Ich habe keine Motivation, die Dinge anzugehen.
- ☐ Ich fühle mich schnell gereizt.
- ☐ Ich habe einen veränderten Appetit.
- ☐ Ich fühle mich innerlich angespannt.
- ☐ Ich fühle mich ängstlich.
- ☐ Ich habe besondere Angst vor: _____
- ☐ Es gibt bestimmte Handlungen, die ich immer wieder ausführen muss (Zwangshandlungen).
- ☐ Mir sind schreckliche Dinge zugestoßen, an die ich immer wieder denken muss.
- ☐ Ich fühle mich wie fremd in dieser Welt.
- ☐ Manchmal denke ich, dass es besser sei, nicht mehr zu leben.
- ☐ Mir ist sehr schnell langweilig.
- ☐ Ich habe Schmerzen in den folgenden Bereichen: _____
- ☐ Ich ziehe mich oft zurück.
- ☐ Ich sehe teilweise Dinge, die seltsam sind bzw. die andere Leute nicht sehen können.
- ☐ Ich bin nicht (mehr) leistungsfähig (Schule, Beruf, o.ä.).

☐ Sonstiges: _____

Kontakt Daten Diagnostikprechstunde:

Postadresse:

Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Psychiatrische Institutsambulanz
Diagnostikprechstunde
Feursteinstr. 55
78479 Reichenau

Tel. Sekretariat: 07531-977-8705

Fax: 07531-977-8505

E-Mail: diagnostikprechstunde@zfp-reichenau.de
www.zfp-reichenau.de/diagnostikprechstunde