

**Universitätsmedizin Göttingen**

Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Institutsambulanz

**Anmeldeformular für die Autismus-Spezialambulanz**

Bitte unbedingt **DIGITAL** ausfüllen und per **FAX an 0551/39-62443** senden

Die Spezialambulanz dient der Abklärung komplexer und differentialdiagnostisch schwieriger Fragestellungen und setzt eine bereits erfolgte Basisdiagnostik im kinder- und jugendpsychiatrischen oder psychotherapeutischen Regelsetting voraus.

<b>Name d. Patient*in</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Versicherung</b>	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
<b>Sorgeberechtigt</b>	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Eltern zusammenlebend <input type="checkbox"/> Vormund: _____
<b>Sorgeberechtigte u. Pat.*in mit Anmeldung und Rücksprache einverstanden?</b>	<input type="checkbox"/> Ja Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung <b>NUR</b> nach Vorlage des <b>schriftlichen Einverständnisses beider Sorgeberechtigten bzw. des Vormundes</b> stattfinden kann (siehe separates Formular)
<b>Einbestellung über (Handy und Festnetz)</b>	Mutter:
	Vater:
	Sonstige:

<b>(Verdachts-) Diagnosen</b>				
<b>Achse I (nach ICD-10):</b>				
<b>Achse II:</b>	<b>Achse III:</b>		<b>Achse VI:</b>	
	<b>Achse V:</b>		<b>Achse VI:</b>	

<b>Behandlung bei Ihnen seit:</b>	
-----------------------------------	--

**Akt. Befundbericht:**  anbei **Wir benötigen sämtliche Vorbefunde inkl. Testdiagnostik vorab, um die Anmeldung bearbeiten zu können.**

<b>Ambulante/r Psychotherapeut*in</b>	<b>in (Ortsangabe)</b>	<b>seit (Datum)</b>

<b>Ambulante/r Kinder- und Jugendpsychiater*in</b>	<b>in (Ortsangabe)</b>	<b>seit (Datum)</b>

<b>Medikamentenanamnese</b>			
<b>Substanz</b>	<b>Dosis</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>UaW? Grund des Absetzens?</b>

**Stationäre Vorbehandlungen**

<b>Wann?</b>	<b>Wo?</b>

**Indikation für Abklärung in der Spezialambulanz (welche ASS-Kernsymptomatik zeigt sich konkret, seit wann, in welchen Lebensbereichen; bisherige Differentialdiagnostik)**

--

**Konkrete Fragestellung (bitte genau formulieren, insbesondere Begründung, warum eine Diagnostik im Regelsetting nicht ausreichend ist)**

--

**Wir bitten um Übermittlung/Mitbringen von relevanten Vorbefunden und Berichten sowie das schriftliche Einverständnis der Sorgeberechtigten für die Aufnahme auf die Warteliste.**

<b>Einweisende/r Facharzt/-ärztin o. Psychotherapeut/-in</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>Datum der Anmeldung</b>	
<b>Praxisstempel und Unterschrift</b>	

**Vielen Dank für die Informationen!**