

# Patientenaufnahmebogen Erwachsene

Herzlich willkommen an der KIRINUS Ausbildungsambulanz!

Um besser einschätzen zu können, ob Ihre aktuelle Symptomatik bei uns angemessen behandelt werden kann, füllen Sie bitte diesen Aufnahmebogen aus und senden ihn entweder per Mail an **ausbildungsambulanz-augsburg@kirinus.de** oder per Post an **KIRINUS Ausbildungsambulanz, Zeugplatz 7, 86150 Augsburg**. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unseren Datenschutzbestimmungen.

**Bitte beachten Sie:** Bei **akuter Selbstgefährdung** oder **krisehaften Zuständen** wenden Sie sich bitte an regionale Krisenzentren oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117. Wir sind keine Notfallambulanz und können nicht garantieren, dass Ihre Anmeldung sofort bearbeitet wird.

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> sonstige: _____
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>	
Straße, Hausnummer	
PLZ und Ort	
<b>Kontakt</b>	
Festnetz	
Mobilfunknummer	
Besprechen erlaubt?	Anrufbeantworter? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden Mailbox? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
E-Mail	
Gesetzliche Krankenkasse:	

**Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie Suizidgedanken?**  Nein    Ja   Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie die Gedanken kurz: \_\_\_\_\_

**Haben Sie jemals einen Suizidversuch begangen?**  Nein    Ja   Wann? \_\_\_\_\_

**Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten?**  Nein    Ja   Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz: \_\_\_\_\_

Wie regelmäßig kommt es vor? \_\_\_\_\_



**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  Nein  Ja

Was trinken Sie und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Drogen?**  Nein  Ja

Was konsumieren Sie und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Nein  Ja

Wie viel konsumieren Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_

**Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?**  Nein  Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Seit wann?	Bis wann?
<b>Ambulante Psychotherapie</b>	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte PT <input type="checkbox"/> Psychoanalytische PT <input type="checkbox"/> Systemische PT <input type="checkbox"/> Therapieverfahren ist mir nicht bekannt		
<b>Teilstationäre Behandlung</b>			
<b>Vollstationäre Behandlung</b>			

**Waren Sie in der Vergangenheit in ambulanter und/oder (teil-)stationärer Psychotherapie?**  Nein  Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Wann?
<b>Ambulante Psychotherapie</b>		
<b>Teilstationäre Behandlung</b>		
<b>Vollstationäre Behandlung</b>		

**Zu welchen Zeiten zwischen 8-17 Uhr ist es Ihnen möglich, für die Dauer Ihrer Therapie (meist circa 6 - 18 Monate) jede Woche den gleichen festen Termin wahrzunehmen? Je mehr Uhrzeiten Sie angeben, desto schneller finden wir einen Therapieplatz für Sie.**

- Montag \_\_\_\_\_
- Dienstag \_\_\_\_\_
- Mittwoch \_\_\_\_\_
- Donnerstag \_\_\_\_\_
- Freitag \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:** Wir laden Sie zunächst zu einer Sprechstunde ein. Der Termin zur Sprechstunde ist gesetzlich vorgeschrieben und dient der Abklärung des Therapiebedarfs. Der Termin zur Sprechstunde ist keine Zusage für einen Therapieplatz.

Falls es zu einer Vermittlung innerhalb unserer KIRINUS Ausbildungsambulanz kommt, werden die therapeutischen Sitzungen regelmäßig auf Video aufgenommen. Das Verfahren unterliegt strengen Datenschutzgesetzen und dient ausschließlich den Therapeutinnen zu Ausbildungszwecken. Sie werden über die Verwendung umfassend informiert.

**Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über elektronische Kanäle mit uns zu kommunizieren. Dabei dürfen ausschließlich organisatorische Anliegen geklärt werden. Bitte beachten Sie für die einzelnen Kanäle Folgendes:**

- **E-Mail:** Wir verwenden keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, das heißt der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen dort auch Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.
- **SMS:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über SMS Kurznachrichten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine SMS mehr.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (bitte mindestens 1 auswählen):

E-Mail

Festnetz

Mobilfunknummer

Für die Kommunikation mit meiner internen Weiterbehandlerin während der Psychotherapie bin ich darüber hinaus zusätzlich mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

SMS

E-Mail

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patientin