

Anmeldung Depressionssprechstunde

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Anmeldebogen gibt Ihnen Gelegenheit, uns bereits vor Ihrer ambulanten Vorstellung über Ihre aktuelle Situation zu informieren. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen so sorgfältig, wie möglich selbst aus und lassen Sie uns diesen per Post oder per Fax zukommen (Psychiatrische Poliklinik, Depressionssprechstunde, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover; Fax: 0511 532 3187).

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bringen Sie bitte zu Ihrem Termin Ihre Krankenversicherungskarte und eine Überweisung von Ihrem ambulanten Psychiater mit. Zusätzlich bitten wir Sie, Entlassungsberichte von vorherigen (teil-)stationären Aufenthalten und einen Bericht mit Diagnosen und Medikationsliste inklusive der früher eingenommenen Präparate mit Dosierung und Länge der Einnahme von Ihrem ambulanten Psychiater oder Hausarzt mitzubringen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihre Daten

Name, Vorname:	Geb. am	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich / <input type="radio"/> männlich / <input type="radio"/> divers	
Kontakt / Telefon:			
Größe in m:	Gewicht in kg:		
Höchster Schulabschluss	<input type="radio"/>	Keiner	
	<input type="radio"/>	Haupt/Volksschule	
	<input type="radio"/>	Mittlere Reife	
	<input type="radio"/>	Fachabitur	
	<input type="radio"/>	Abitur	
Berufstätigkeit	<input type="radio"/>	Nicht berufstätig	
	<input type="radio"/>	Berufstätig (auch Teilzeit)	
Gesamtdauer von Arbeitslosigkeit in den letzten 3 Jahren	<input type="radio"/>	Keine	
	<input type="radio"/>	Arbeitsplatzwechsel (Anzahl in den letzten 3 Jahren: _____)	
	<input type="radio"/>	_____ Monate	

Familienstand	<input type="radio"/>	ledig		
	<input type="radio"/>	verheiratet/feste Partnerschaft		
	<input type="radio"/>	geschieden		
	<input type="radio"/>	verwitwet		
	<input type="radio"/>	sonstiges		
Wohnsituation	<input type="radio"/>	allein lebend		
	<input type="radio"/>	mit Partner/Familie/WG		
	<input type="radio"/>	ambulant betreutes wohnen		
	<input type="radio"/>	Pflegeheim		
	<input type="radio"/>	Ohne festen Wohnsitz		
	<input type="radio"/>	sonstiges		
Pflegestufe	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Falls ja, welche?				

Regelmäßiger Tabakkonsum	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
Regelmäßiger Alkoholkonsum	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
Regelmäßiger Drogenkonsum	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein

Zur Vorstellung führende Diagnose:

Diagnose	
Anzahl bisheriger Episoden	__ __ Episoden
Alter bei der ersten Episode	__ __ Jahre
Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte aufgrund der Erkrankung?	__ __ Aufenthalte
Dauer der aktuellen Episode	__ __ Wochen

Zusätzliche psychiatrische Diagnosen

Erkrankung	Bekannt seit

Frühere Medikationsversuche

Präparat	Maximale Dosis	Behandlungsbeginn	Behandlungsende

Psychotherapie

nein

ja: von ____ / ____ bis ____ / ____
Monat Jahr Monat Jahr

Aktuelle Medikation

Präparat	Dosis	Behandlung seit

Körperliche Erkrankungen / Risikofaktoren:

Erkrankung	Bekannt seit

Ambulante Behandlung:

Hausarzt / Hausärztin:

Psychiater / Psychiaterin:

Psychotherapeut / Psychotherapeutin:

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich, _____, _____, _____
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse

meinen Hausarzt: _____

meinen Psychiater: _____

meinen Psychotherapeuten: _____

anlässlich meiner Vorstellung in der Depressionssprechstunde in der Medizinischen Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass über die bisherige Behandlung Auskunft erteilt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass der MHH / dem behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen und Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hannover, den

X _____
Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters