

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@kirinus.de oder per Post an **KIRINUS Ausbildungsambulanz, Nymphenburger Straße 148 II, 80634 München**. 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.

Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Adresse	
Straße, Hausnummer	
PLZ und Ort	
Kontakt	
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?
Ambulante Psychotherapie	<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		
Teilstationäre Behandlung			
Vollstationäre Behandlung			

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

	Einrichtung/Therapierichtung	Wann?
Ambulante Psychotherapie		
Teilstationäre Behandlung		
Vollstationäre Behandlung		

Zu welchen Uhrzeiten ist es Ihnen möglich, für die Dauer einer Therapie (circa 6 - 12 Monate) jede Woche am gleichen Tag einen festen Termin wahrzunehmen? Bitte geben Sie konkrete Uhrzeiten an. Je mehr Termine Sie angeben, desto leichter finden wir einen Therapieplatz für Sie.

- Montag _____
 Dienstag _____
 Mittwoch _____
 Donnerstag _____
 Freitag _____

Bitte beachten Sie: Ein 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 je nach Therapieverfahren gegebenenfalls 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. 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

Ich möchte eine elektronische Terminerinnerung (SMS/E-Mail) über das Terminmanagementsystem Doctolib erhalten.

- ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Schweigepflichtsentbindungserklärung (§203 StGB)

Mit der Weitergabe der Informationen und Daten aus der Sprechstunde an die interne Weiterbehandlerin bin ich einverstanden. Diese Erklärung dient ausschließlich der Vermittlung eines Therapieplatzes.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin