

## PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

für ADHS-Diagnostik ab 18 Jahren

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum			
Krankenkasse			

### ADRESSE

Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

### KONTAKT

### AB/MAILBOX BESPRECHEN ERLAUBT?

Festnetz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Mobilfunknummer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
E-Mail			

Beschreiben Sie kurz, weshalb es einen ADHS-Verdacht gibt:

---



---



---



---



---



---

**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?

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Nein  Ja

Wie viel konsumieren Sie durchschnittlich?

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Drogen?**

Nein  Ja

Was konsumieren Sie und wie viel durchschnittlich?

\_\_\_\_\_

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

Nein  Ja

Wenn ja, wo und wie lange? \_\_\_\_\_

**Waren Sei in der Vergangenheit in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung?**

Nein  Ja

Wenn ja, wo und wie lange? \_\_\_\_\_

### Einwilligung zum Ausfallhonorar

Ein Termin dauert 50 Minuten (soweit nicht anders vereinbart). Ich verpflichte mich, bei Verhinderung eines vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht innerhalb der vorgenannten Frist, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 95,00 € (je 50 Min.) in Rechnung gestellt. Sollte der Termin doch noch anderweitig vergeben werden, wird das Ausfallhonorar nicht fällig. Dieses Honorar ist unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Sollten Sie kurzfristig krank werden und daher nicht zur Sitzung kommen können, kann ein Attest eines Arztes abgegeben werden. In diesem Fall wird das Ausfallhonorar nicht berechnet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift PatientIn

**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 auf der 1. Seite Ihre E-Mail-Adresse ein.

**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.

**WhatsApp:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über WhatsApp einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Die Inhalte der zwischen über WhatsApp ausgetauschten Nachrichten sind verschlüsselt und können nicht von Dritten, insbesondere nicht durch das Unternehmen WhatsApp, gelesen werden. Allerdings können die weiteren Umstände der Kommunikation (sogenannte Meta-Daten), zum Beispiel wann Sie uns eine Nachricht geschrieben haben, von Dritten ausgewertet werden. Nähere Informationen erhalten Sie in den Datenschutzzinformationen von WhatsApp.

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

WhatsApp

Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift PatientIn

### Schweigepflichtsentbindungserklärung (§203 StGB)

Mit der Weitergabe der Informationen und Daten an die Weiterbehandlerin bin ich einverstanden. Diese Erklärung dient ausschließlich der Vermittlung eines Diagnostikplatzes.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift PatientIn