drucken

Anmeldung zur Autismus-Diagnostik durch niedergelassene/-n Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder durch Psychotherapeut/-in

Gültigkeitsbereich: ☐ medbo ☒ R ☐ WOE ☐ PAR ☐ AM ☐ CHA ☐ WEN ☐ MVZ

Das Angebot unserer Spezialsprechstunde der Autismus-Ambulanz richtet sich an Personen mit Hauptwohnsitz im Regierungsbezirk Oberpfalz oder Oberfranken. Vor dem persönlichen Sprechstundentermin soll Ihr/e Patient/-in bitte entsprechende Fragebögen ausfüllen. Die Zusendung dieser Fragebögen soll von einem/einer niedergelassenen Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einem/einer Psychotherapeuten/-in veranlasst werden.
Bitte beachten Sie: Die Anmeldung ist nur gültig mit Ihrem Praxisstempel.

Anfragende/r Arzt/Ärztin + **Praxisadresse**; bitte nutzen Sie auch Ihren **Praxisstempel**:

_____

_____

_____

Daten des/der Patienten/-in mit dessen/deren Einverständnis:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Hauptwohnsitz im Regierungsbezirk Oberpfalz oder Oberfranken):

_____

Liegt eine Behinderung vor? (z.B. Hörschädigung, Sprachbehinderung, Körperbehinderung, …)

_____

Sprachliche Verständigung möglich? (z.B. problemlos, mit Schwierigkeiten, nicht möglich)

_____

Aktuelle Diagnosen:

_____

(kurze) klinische Angaben (z.B. aus Krankengeschichte):

_____

Kommt der/die Patient/-in mit Ihrer Empfehlung: ☐ Ja ☐ Nein

Das Formular ist an folgende Adresse oder Fax-Nummer zu senden:

medbo KU
Psychiatrische Institutsambulanz Fax +49 (0) 941/941-1205
HAUS 12
z. Hd. Manuela Ullmann
Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg