UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

**Anmeldung Sprechstunde**

**Anmeldung für folgende Sprechstunde**

[ ] Allgemeine Sprechstunde [ ] nicht definiert

[ ] ADHS im Erwachsenenalter [ ] Gyno-psychiatrische Sprechstunde

[ ] Insomnie/Hypersomnie [ ] Angst-/Zwangsstörungen

[ ] Lichttherapie [ ] Autismus

[ ] Psychosen/Halluzinationen [ ] Bewegungsstörungen

[ ] Z.n. Suizidversuch [ ] Bipolare Störungen

[ ] Therapieresistenz [ ] Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

[ ] Transkulturelle Sprechstunde

**Zuweiser** (Name, Adresse, Telefonnumer)

**Angaben Patient** (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer)

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragestellung** |       |
| **Diagnose oder Verdachtsdiagnose** (wenn bekannt) |       |
| **Anamnese?** |       |
| **Bisherige Therapie/Medikation** |       |
| **Beilagen? (Laborbefunde, andere Untersuchungen, Berichte, …)** |       |

Ort, Datum, Unterschrift