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