



Anmeldebogen zur Terminvergabe (Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter)

Eine Terminvergabe erfolgt nur nach Ausfüllen/Zusendung des Anmeldebogens über eine Fachärztin, einen Facharzt, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten für Kinder- und Jugendpsychiatrie an kjp-poliklinik@uk-koeln.de oder per Telefax (0221) 478-3428.

Nach Eingang des Anmeldebogens wird eine Diagnostikpyramide festgelegt und die weiteren Termine werden Ihnen mitgeteilt.

Anmeldedatum:

Patientin/Patient

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Straße, Hausnummer:			
PLZ/Stadt:			
Telefon:		Mobiltelefon:	
E-Mail:			

Anmelderin/Anmelder (KJP/PT)

Kinderärztin/Kinderarzt

Telefon und Fax:		Telefon und Fax:	
E-Mail:		E-Mail:	
Beste Erreichbarkeit (Wochentag & Uhrzeit):		Beste Erreichbarkeit (Wochentag & Uhrzeit):	

Krankenkasse:

Privat versichert: ☐ Ja ☐ Nein

Terminierung erfolgt nach Erhalt von:

- › relevanten Vorbefunden (z.B. Krankenhausaufenthalte, MRT Befund, etc.)
- › Anamnesebogen

Allgemeine Informationen zur Anmeldung und zu den Untersuchungen:

1. Die Untersuchungen und die Besprechung wird je nach Bedürfnis ein oder mehrere Stunden oder Termine dauern.
2. Bitte den Überweisungsschein und das gelbe Untersuchungs-Heft zum Termin mitbringen.
3. Nach Eingang des Anmeldebogens werden Sie/wirst Du von uns über den Untersuchungstermin benachrichtigt.

Welche spezifischen Symptome (bitte mit zeitlichem Verlauf) veranlassen Sie zur Vorstellung in unserer Psychosefrüherkennungsambulanz?

Allgemeine Symptomatik:

- | | |
|---|--|
| ☐ Alkohol-/Drogenmissbrauch | |
| ☐ merkwürdige, aber inhaltlich verständliche Sprechweise | |
| ☐ Ängstlichkeit | ☐ Misstrauen |
| ☐ Neigung, alles Mögliche auf sich zu beziehen | ☐ Nervosität/Anspannung |
| ☐ sehr eigenartiges Verhalten | ☐ kurzzeitige Verfolgungsideen |
| ☐ Depressivität/Niedergeschlagenheit/Traurigkeit | ☐ körperliche Beschwerden |
| ☐ sehr unsoziales Verhalten | |
| ☐ Schlafstörungen | |
| ☐ Energielosigkeit/Antriebslosigkeit | ☐ übermäßige Schuldgefühle |
| ☐ übermäßig gute Stimmung | ☐ schulischer/beruflicher Leistungsabfall |
| ☐ verwirrte, inhaltlich schwer verständliche Sprache | ☐ ständige übertriebene Sorgen |
| ☐ Gedächtnisstörungen/Vergesslichkeit | ☐ Rückzug von Freunden und Familie |
| ☐ Gereiztheit | ☐ Selbstmordgedanken/Selbstverletzungen |
| ☐ Streit mit Eltern/Freunden/Kollegen/Mitschülern | |
| ☐ Verlust oder Zunahme des sexuellen Interesses | |
| ☐ kurzzeitige Halluzinationen (Sehen/Hören von Dingen, die andere nicht sehen/hören) | |
| ☐ Pseudohalluzinationen ☐ Halluzinationen | |
| ☐ Probleme beim Sehen/Hören, die keine organische Ursache haben | |
| ☐ unsinnige, unrealistische Überzeugungen | |
| ☐ Konzentrationsprobleme | |
| ☐ Zwangssymptome | |
| ☐ ungewöhnliche, eigentümliche Denkinhalte | |
| ☐ Sonstiges (bitte beschreiben): | |

Bemerkungen:

Formular zurücksetzen

Formular drucken

Formular senden