Datum/Stempel/Unterschrift Praxis

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

zur reibungslosen Überleitung meiner adoleszenten Patientin/ meines adoleszenten Patienten möchte ich folgende wichtige Informationen weitergeben:

Name, Vorname des/r Patienten/in	
Geburtsdatum des/r Patienten /in	

Diagnosen:

ADHS Diagnose			
Wann gestellt		Durch wen	

Aktuelle Medikation:

Handelsname	
Dosierung	
Seit wann	

Wenn keine aktuelle Medikation:

Wann und was war die letzte, gut wirksame Medikation?
Letzter **Auslassversuch** mit welchem Ergebnis
Bemerkungen zur Medikation

Letzte Vitalwerte Datum		Datum	
Blutdruck (mmHg)		Puls (bpm)	
Größe (cm)		Gewicht (kg)	
Sonstige medizinische Befunde			

Komorbiditäten/Risikofaktoren (bitte ankreuzen):

☐	Depression	☐	Schlafstörungen
☐	Essstörung	☐	Selbstverletzendes Verhalten
☐	Ängste	☐	Teilleistungsstörungen
☐	Autismus-Spektrum-Störung	☐	Tics/Tourette-Störung
☐	Zwänge		Substanzmissbrauch/Sucht ☐ Alkohol ☐ Nikotin ☐ Drogen ☐ Medien
☐	Störung des Sozialverhaltens		

Weitere Behandlungen:

Psychotherapie	
Sozialpsychiatrische Begleitung	
Jugendhilfemaßnahme	
Stationäre/Teilstationäre Behandlungen	

Schulischer / beruflicher Werdegang:

Zuletzt besuchte Schule	
Schulabschluss	
Ausbildungsweg (mit Maßnahmen des Arbeitsamtes)	

Psychiatrische / psychosomatische Erkrankungen in der Familie:

Der Patient/in ist aufgefordert, sich zeitnah um einen Termin bei einem Weiter-Behandler (Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie, ggfs. auch Hausarzt) zu bemühen, um Engpässe bei der medikamentösen Versorgung zu vermeiden.

Schweigepflichtsentbindung:

Ich (Name,Vorname,Geb.)	
entbinde Frau/Herrn	
von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber	
und umgekehrt (ggf. bitte streichen, falls nicht gewünscht) und erkläre mich damit einverstanden, dass weitere Informationen weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.	

Ort, Datum	
Unterschrift (PatientIn oder gesetzlicher Vertreter	

Datum/Stempel/Unterschrift Praxis