



Anmeldung zur ambulanten Autismusdiagnostik

Bitte faxen an (0231) 91 30 19-640

durch:

(eigene Praxis mit Fax-Nr.)

Vollständige Autismusdiagnostik (der

Patient wird während der
Diagnostikphase ausschließlich in der
Klinik behandelt)

**Ergänzende Diagnostik (ADI-R;
ADOS)**

(zwei Termine in der Elisabeth –
Klinik, Übersendung der Befunde
ohne Befundgespräch)

Name:	Vorname:	geb.:	Geschlecht:
Straße:		Sorgeberechtigte/r:	
Ort:		Telefon:	
Krankenkasse:		lebt bei:	
Betreuung in Praxis seit?		Ansprechpartner Jugendhilfe (Tel.):	
Anzahl Termine bisher?			

Aktueller Anlass zur Anmeldung <small>(z.B. Hinweise auf eine Autismusspektrumstörung, ...)</small>	
Bisher durchgeführte Diagnostik und Testergebnisse <small>(wir bitten bei vollständiger Autismusdiagnostik um einen <u>Bericht</u> incl. aller <u>Vorbefunde</u> und einer <u>Schweigepflichtsentbindung</u>).</small>	
(Verdachts-)Diagnose, Symptomverlauf	
Besonderheiten im bisherigen Verlauf, laufende Therapie	

_____ Datum Unterschrift

Rücksprachemöglichkeit unter: _____

um (bevorzugte Uhrzeit): _____

FO_Klinik-2019-12_Faxanmeldung_Autismus.doc			Gültig seit:	11.12.2019	Stand	11.12.2019
Bereich:	Verantwortlich:	Freigabe durch:	Überarbeitungs-Turnus	3 Jahre	Version	1.0
Klinik	Ambulanzleitung	Chefärztin	Überarbeitungs- Zeitraum	2022, 4. Quartal	Seite	1 von 1