

- BITTE VON EINEM ARZT ODER PSYCHOLOGEN AUSFÜLLEN LASSEN -

Psychotherapeutische Hochschulambulanz
KU Eichstätt-Ingolstadt
Levelingstr. 7
85049 Ingolstadt

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

an der Hochschulambulanz bieten wir eine **ambulante trauma-fokussierte Kurzzeittherapie** für Jugendliche und junge Erwachsene **zwischen 14 und 21 Jahren** an. Aufgrund unserer projektbezogenen Versorgungsgrenzen als Forschungseinrichtung können wir ausschließlich Patienten in diesem Alter behandeln, die unter einer **PTBS (Posttraumatischen Belastungsstörung)** leiden.

Mit den folgenden Angaben helfen Sie uns einzuschätzen, ob die Grundvoraussetzungen für unser Therapieangebot erfüllt sind. Eine umfassende Diagnostik der PTBS findet dann bei uns vor Beginn der Therapie statt. Bei Interesse lassen Sie uns bitte dieses Formular einschließlich eventueller Vorbefunde zukommen. Ein(e) Mitarbeiter(in) wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen,
das Team der Hochschulambulanz

Datum:		Ausgefüllt von:	
--------	--	-----------------	--

Angaben zum Interessenten / zur Interessentin:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Beruf / Schule:			
Telefon:			

Krankenkasse:	
---------------	--

Vorliegen eines traumatischen Ereignisses in der Vergangenheit:

Sexueller Missbrauch/Gewalt:	selbst erlebt <input type="checkbox"/> mit angesehen <input type="checkbox"/>
und/oder Physischer Missbrauch/Gewalt:	selbst erlebt <input type="checkbox"/> mit angesehen <input type="checkbox"/>
und/oder Anderes traumatisches Ereignis (Erdbeben, Naturkatastrophe, Brand, Sturm, Hochwasser, Unfall, gewaltsamer Tod, ernsthafte Verletzung, schmerzhaft/erschreckende medizinische Behandlung, Vernachlässigung)	selbst erlebt <input type="checkbox"/> mit angesehen <input type="checkbox"/>

Alter zwischen 14 und 21 Jahren	Alter: _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<u>Verdacht</u> auf das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) Symptome aus den Bereichen Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie: Wenn keines der oben genannten traumatischen Ereignisse in der Vergangenheit vorliegt oder eine der letzten beiden Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, können wir leider keinen Therapieplatz anbieten.

Weitere Informationen:

Stabile Lebenssituation vorhanden? (fester Wohnsitz)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ausreichende Sicherheit gegeben? (keine Bedrohung, Traumatisierung besteht nicht länger fort)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ausreichende Deutschkenntnisse vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<u>Keine</u> akute Suizidalität vorliegend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<u>Keine</u> lebensbedrohliche Selbstverletzung in den letzten 6 Monaten vorliegend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<u>Keine</u> tiefgreifende Entwicklungsstörung vorliegend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Zusätzliche Informationen (falls bekannt):

Bisherige / gegenwärtige Therapien / Hilfen	Zeitraum (von – bis)
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
Gegenwärtige psychotrope Medikation	Dosierung

Bitte schätzen Sie ein: Liegt Eigenmotivation für eine ambulante Psychotherapie vor?