

# Transitionsbogen

Stempel/Datum/Unterschrift

Sehr geehrte(r) Kollegin/Kollege,

zur reibungslosen Überleitung meines adoleszenten ADHS-Patienten möchte ich folgende zur Weiterbehandlung wichtige Informationen weitergeben:

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Patienten: \_\_\_\_\_

● **ADHS-Diagnose:**       F90.0     F90.1     F90.9     F98.8

Wann: \_\_\_\_\_ Durch wen: \_\_\_\_\_

In meiner Behandlung seit: \_\_\_\_\_

● **Behandlungen:**       Ja     Nein (nur Diagnostik)

• **Medikation:**

• **Aktuelle Medikation:**

Handelsname: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_ Einnahmebesonderheiten: \_\_\_\_\_

Wenn keine aktuelle Medikation:

Wann und was war die letzte, gut wirksame Medikation? \_\_\_\_\_

• **Sonstige Medikation:** \_\_\_\_\_

• **Frühere ADHS-Medikation:**

ADHS-Medikation (Welche? Wann?) \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

• **Weitere Maßnahmen zusätzlich zur Psychoedukation:**

Verhaltenstherapie     Jugendhilfe: \_\_\_\_\_     Sonstiges: \_\_\_\_\_

● **Wann wurde der letzte Auslassversuch mit welchem Ergebnis vorgenommen?**

Wann? Ergebnis? \_\_\_\_\_

● **Letzte Vitalwerte:**

Datum: \_\_\_\_\_

Blutdruck (mmHg): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Puls (bpm): \_\_\_\_\_ Sonstige med. Befunde: \_\_\_\_\_

Größe (cm): \_\_\_\_\_





**Der Patient ist aufgefordert, sich zeitnah um einen Termin bei einem Weiterbehandler (Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie, ggfs. auch Hausarzt) zu bemühen, um Engpässe bei der evtl. nötigen Rezeptausstellung zu vermeiden.**

(gem. AM-RL Anlage III)

**Hinweis für den Weiterbehandler:**

Zur Übermittlung weiterer wichtiger Patientenunterlagen bitte diese Seite an oben angegebene Adresse des Vorbehandlers faxen/schicken.

Sehr geehrte(r) Kollegin/Kollege,

bitte übermitteln Sie mir weitere Informationen (Bogen II) zu folgendem Patienten

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Stempel/Datum/Unterschrift

**Schweigepflichtsentbindung:**

Ich \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)  
entbinde Frau/Herrn \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Titel, Name, Vorname, Anschrift)  
von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber

\_\_\_\_\_ (Titel, Name, Vorname, Anschrift)

und umgekehrt (ggf. bitte streichen, falls nicht gewünscht) und erkläre mich damit einverstanden, dass o.g. 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 des Patienten/bzw. bei Minderjährigen des Sorgeberechtigten)

**Expertenrat-ADHS**

zusammen erarbeitet von dem Expertenrat und MEDICE

[www.expertenrat-adhs.de](http://www.expertenrat-adhs.de)

