

# TRANSITIONSBOGEN

zur Überleitung von Patienten mit ADHS/ADS zu Psychiatern/Neurologen/Psychotherapeuten

## PATIENT

Name, Vorname: .....

Geb.datum: .....

*Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege!*

*Der Patient hat von mir die Aufforderung erhalten, sich aufgrund seines Alters zur Weiterbehandlung an einen Psychiater, Neurologen oder Psychotherapeuten zu wenden. Zur Überleitung des Patienten in Ihre Behandlung erhalten Sie nachfolgende Informationen.*

Der Patient ist seit ..... mit/ohne Unterbrechung in meiner Behandlung.

## EINSCHÄTZUNG (klinisch-psychiatrisches Syndrom)

ADHS/ADS F90.0/F98.8 seit ..... Diagnose durch: .....

ADHS/Störung des Sozialverhaltens F90.1 seit ..... Diagnose durch: .....

## KOMORBIDITÄTEN/RISIKOFAKTOREN

- oppos. SSV F91.3
- depressive Störung F92.0
- komb. des SSV u. der Emotionen F92.8
- Störung mit sozialer Ängstlichkeit F93.2/- .3/- .8
- Störung soz. Funkt. F94.1 /-.2 /-.8
- Ticstörung F95.1
- Tourette S. F95.2
- tiefgreifende Entwicklungsstörung F84.-  
(z. B. atypischer Autismus F84.1, Überaktivität mit Intelligenzminderung F84.4 und andere)
- Substanzmissbrauch F 19.- seit ..... mit .....
- andere psychiatrische Störung(en)/Risikofaktoren: .....

## ENTWICKLUNGSTÖRUNGEN

- Umschriebene Entwicklungsstörung (UES) der schulischen Fähigkeiten F81... - F 83...  
(z. B. Legasthenie, Dyskalkulie u. a.)

## INTELLIGENZNIVEAU

- Einschätzung
- Testergebnis vom ..... durch .....
- in Altersnorm
- unter Altersnorm
- über Altersnorm

## KÖRPERLICHE SYMPTOMATIK

- keine somatische Erkrankung(en)

## ABNORME PSYCHOSOZIALE UMSTÄNDE:

- Keine
- Belastungsfaktoren:

## PSYCHOSOZIALEN ANPASSUNG:

- Unter medikamentöser Therapie
- gut
- ausreichend
- Probleme

Stempel / Datum Unterschrift

# TRANSITIONSBOGEN

zur Überleitung von Patienten mit ADHS/ADS zu Psychiatern/Neurologen/Psychotherapeuten

## THERAPIE

Aktuelle Medikamentierung:

- |  |            |                |                 |
|--|------------|----------------|-----------------|
| <input type="radio"/> Methylphenidat       | seit:..... | Präparat:..... | Dosierung:..... |
|  | seit:..... | Präparat:..... | Dosierung:..... |
| <input type="radio"/> Atomoxetin           | seit:..... | Präparat:..... | Dosierung:..... |
| <input type="radio"/> Amfetamin            | seit:..... | Präparat:..... | Dosierung:..... |
| <input type="radio"/> Guafacin             | seit:..... | Präparat:..... | Dosierung:..... |
| <input type="radio"/> anderes Arzneimittel | seit:..... | Präparat:..... | Dosierung:..... |

Laborkontrolle:  keine     Datum     unauffällig     siehe Kopie

Letzter Auslassversuch     spontan     veranlasst am    Ergebnis:

Früher unzureichende Wirkung mit ..... Dosierung: .....

### Andere Maßnahmen:

- Psychoedukation
- Verhaltenstherapie    seit ..... bei .....
- andere Psychotherapie    seit ..... bei .....
- Coaching    seit ..... bei .....
- andere Maßnahmen    seit ..... bei .....

## PATIENTENERKLÄRUNG

Ich bin mit der Informationsübermittlung meiner Daten an die von mir gewählte, mich weiterbehandelnde Praxis ..... einverstanden.

.....  
Datum/Name/Unterschrift

*Mit Übersendung nachfolgender Erklärung per Fax, Mail oder Post können Sie weitere Informationen erhalten.*

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
der Patient ..... geb. ....  
hat sich zur Weiterbehandlung an mich gewandt.  
Mit seinem Einverständnis bitte ich Sie, mir folgende Unterlagen des Patienten zukommen zu lassen:

Mit Dank für Ihre Bemühungen.

Stempel, Datum, Unterschrift