

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

