

apb - Ausbildungszentrum für Psychotherapie Bodensee  
Bruder-Klaus-Straße 8 | 78467 Konstanz

Zentrum für  
Psychotherapie  
Bodensee

Mitglied im  
  
Bodensee-Institut  
für Psychotherapie an der Universität Konstanz

Bruder-Klaus-Straße 8  
78467 Konstanz  
Tel.: 07 531 / 45 45 45 0  
Fax : 07 531 / 45 45 45 45  
Internet: [www.ap-bodensee.de](http://www.ap-bodensee.de)

Institutsleiter  
Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider  
Stellvertretende Institutsleitung  
Dr. Johanna Maier-Karius  
Kommissarische Ambulanzleitung  
Dr. Lisa Finkel

Datum: 20.02.2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie unser Ausbildungszentrum für Psychotherapie Bodensee (apb) als Ort für eine ADHS-Diagnostik erwägen. Sicher interessieren Sie die nächsten Schritte zu Ihrer Behandlung:

1. Wir möchten Ihnen eine wohlinformierte Einwilligung in Ihre Behandlung ermöglichen. Dazu stellen wir das **Informationsblatt: ADHS-Diagnostik am apb** (S.2) & die **Patienteninformation zum Datenschutz** (S.3) bereit. Bitte lesen Sie beide Dokumente, da sie wichtige Informationen enthalten.
2. Bitte senden Sie den ausgefüllten **Eingangsfragebogen für ADHS Diagnostik für Erwachsene** (S. 5) an die o.g. Adresse. Vorbefunde aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen können Sie gerne in Kopie beilegen.
3. Den Eingang Ihres Fragebogens bestätigen wir nicht und es kann zu Wartezeiten kommen. Wir melden uns erst bei Ihnen, wenn wir Ihnen einen Platz anbieten können. Um die Indikation abschließend zu klären, laden wir Sie zur **Sprechstunde** ein. Bitte bringen Sie Ihre **Versichertenkarte** mit.
4. Nun kann die Diagnostik beginnen. Sie lernen Ihre:n Diagnostiker:in kennen und schauen, wie Sie vertrauensvoll miteinander arbeiten.

Auf den Eingang Ihres Eingangsfragebogens freuen wir uns und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Johanna Maier-Karius

PP | stellvertretende Institutsleitung

Dr. Lisa Finkel

PP | kommissarische Ambulanzleitung

## Informationsblatt: ADHS-Diagnostik am apb

Mit folgenden Informationen können Sie prüfen, ob unser Angebot zu Ihnen passt. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

### Was bedeutet es, eine ADHS-Diagnostik an unserem Ausbildungsinstitut zu machen?

- Ihr:e Diagnostiker:in befindet sich in fortgeschrittenem Universitätsstudium oder hat dieses bereits abgeschlossen und befindet sich in der Psychotherapieausbildung.
- Ihr:e Diagnostiker:in bespricht (z.T. in kleinen Gruppen) den Verlauf der letzten Sitzungen mit erfahrenen Psychotherapeut:innen (Supervision). Hierzu können prinzipiell alle Sitzungen mit Video/Ton aufgenommen werden. Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht.
- Wir führen eine gründliche Diagnostik durch – u.a. mit Fragebögen. Ihre Daten werden anonymisiert gespeichert und ggf. zu Forschungszwecken verwendet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind ausgeschlossen.

### Wie schnell bekomme ich einen Platz für eine ADHS-Diagnostik?

- Wir bemühen uns sehr um eine zügige Bearbeitung. Da die Anzahl der Nachfragen schwankt, kann es auch zu Wartezeiten kommen. Sobald wir Ihnen einen Platz anbieten können, melden wir uns bei Ihnen.

### Was mache ich in akuten Notfällen?

- In Notfällen wenden Sie sich bitte an die nächstgelegene Psychiatrie, den Notfall- & Bereitschaftsdienst 116117 oder die Feuerwehr 112. Weitere Informationen finden Sie unter: [www.bptk.de/patienten/im-notfall](http://www.bptk.de/patienten/im-notfall)

### Kann ich Ihnen den Eingangsfragebogen per Email zukommen lassen?

- Davon raten wir ab, weil der Schutz Ihrer Daten nicht gewährleistet werden kann. Wir empfehlen das Zusenden per Post. Es steht Ihnen frei, uns per Email zu kontaktieren. Wir bitten um Verständnis, dass wir Ihnen auf diesem Wege jedoch nicht antworten. Bei Fragen können Sie uns gerne telefonisch kontaktieren.

### Wie gehen Sie mit meinen Daten und Angaben um?

- Ihre Daten und Angaben werden streng vertraulich behandelt.
- Kommt keine Diagnostik zustande, wird Ihr Eingangsfragebogen 6 Monaten nach Eingang vernichtet.
- Weitere Informationen erhalten Sie auf S. 3-4 „Patienteninformation zum Datenschutz“.

### Kommen durch die Diagnostik Kosten auf mich zu?

- Bei gesetzlich Krankenversicherten (z.B. AOK, TK, BKK und viele mehr) werden die Kosten meist von der Krankenkasse getragen.
- Sind Sie privat krankenversichert, melden Sie sich bitte vorher telefonisch bei uns.
- Anfahrtskosten werden i.d.R. nicht von der Krankenkasse getragen. Dies gilt auch für die Sprechstunde.

### Was mache ich, wenn ich den Termin zur 1. Sprechstunde nicht wahrnehmen kann oder den Termin verpasst habe?

- Wenn Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um (telefonische) Absage – notfalls auch kurzfristig. Es kommen dadurch keine Kosten auf Sie zu.
- Wenn Sie den Termin verpasst haben ohne sich abzumelden, werden wir Sie nicht erneut kontaktieren. Das hat organisatorische Gründe. Gerne können Sie jederzeit wieder Kontakt zu uns aufnehmen.

### Wie häufig finden die diagnostischen Sitzungen statt?

- Sitzungen finden i.d.R. einmal pro Woche für 50 Minuten statt. Je nach Fragestellung kann die Diagnostik zwischen vier und sechs Sitzungen dauern.

### Wo findet das erste Gespräch (Sprechstunde) statt?

- In der Bruder-Klaus-Straße 8, 2. OG in 78467 Konstanz.



## Patienteninformation zum Datenschutz

Mit den folgenden Hinweisen möchten wir Sie allgemein über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns informieren. Zusätzlich erhalten Sie einen Überblick über Ihre Rechte aus den Datenschutzgesetzen.

### 1. Verantwortliche Stelle

Zentrum für Psychotherapie Bodensee (Kontaktdaten siehe unten)

### 2. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem:r Diagnostiker:in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte oder Psychotherapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. H) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. B) Bundesdatenschutzgesetz.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Die personenbezogenen Daten können auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 9 Abs. 2 lit. I DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. C Bundesdatenschutzgesetz.

### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger, beispielsweise an Supervisoren oder Gutachter.

Wir haben spezialisierte Dienstleister beauftragt, uns zu unterstützen, dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter, Systemadministratoren und Rechenzentrumsbetreiber. Diese haben, nur soweit für die Erbringung der Dienstleistungen unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre falls dauerhafte Dokumentation sinnvoll erscheint.

Videoaufzeichnungen werden unverzüglich nach Abschluss der Ausbildung unter Supervision gelöscht.

### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

**6. Unsere Kontaktdaten:**

Zentrum für Psychotherapie Bodensee

Bruder-Klaus-Str. 8

78467 Konstanz

Telefon: 07531 – 45 45 45 0

Fax: 07531 – 45 45 45 45

Unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie

per E-Mail: [datenschutz@ap-bodensee.de](mailto:datenschutz@ap-bodensee.de)

oder per Post unter vorstehender Anschrift, „zu Händen des Datenschutzbeauftragten“

## Eingangsfragebogen für ADHS Diagnostik – Erwachsene

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, damit wir Ihnen ein passendes Angebot machen können.

Der Fragebogen wird ausgefüllt  alleine  mit Hilfe von \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  d Konfession \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit(en) \_\_\_\_\_ Sprache(n) \_\_\_\_\_

**Familienstand**  ledig  in Beziehung  verheiratet  getrennt  geschieden  verwitwet

**Ich habe Kinder**  nein  ja, Geschlecht (m/w) & Alter \_\_\_\_\_

**Ich wohne mit**  Eltern  Kind(ern)  Verwandte(n)  Partner:in  allein **oder** \_\_\_\_\_

**in einem/einer**  Haus  Wohnung  WG  Heim  betreutes Wohnen  obdachlos

Schulabschluss \_\_\_\_\_ Erlerner Beruf \_\_\_\_\_ Aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

**Beschäftigung**  angestellt zu \_\_\_\_\_ %  selbständig  geringfügig (450€)  geschützt  arbeitsuchend

mehrere Jobs  Schule  Ausbildung  Studium  Haushalt  EU-Rente  Altersrente

Zu folgenden Zeitfenstern (von ... bis) ist die **Diagnostik** (ca. 4-6 Termine á 50 Minuten) möglich

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
Vormittags	-	-	-	-	-	-
Nachmittags	-	-	-	-	-	-

Wurde Ihnen die ADHS-Abklärung von anderen Behandlern empfohlen? Warum melden Sie sich gerade jetzt für eine Abklärung an? \_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen das apb **empfohlen**? Wie sind Sie auf uns **aufmerksam** geworden?

Name der **Krankenkasse** \_\_\_\_\_  gesetzlich  privat

Ich nehme am  **Hausarztmodell/Hausarztvertrag** teil.  nein

Name des **Hausarztes** \_\_\_\_\_ **Anschrift** \_\_\_\_\_

Weitere **Ärzte** (z.B. Neurologie/ Psychiatrie) \_\_\_\_\_

Ich habe eine:n  **gesetzliche:n Betreuer:in** oder erhalte Hilfe von \_\_\_\_\_

Ich bin  **arbeitsunfähig/ krankgeschrieben** durch \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  nein

Ich bin in  **beruflicher Wiedereingliederung** seit \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden (geplant)  nein

Ich habe einen  **Reha/Kurantrag** oder  **Rentenantrag** gestellt.  nein

Ich habe einen  **Schwerbehindertenausweis** mit einem GdB von \_\_\_\_\_ ( beantragt).  nein

Ich bin **derzeit/bald** in  **Reha/Kur**  **Tagesklinik**  **Krankenhausbehandlung** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein

Ich habe oder hatte folgende **Erkrankungen** oder **körperliche Beschwerden**  keine

Fettstoffwechselstörung  Diabetes Typ \_\_\_\_  Blutdruck \_\_\_\_\_  HIV  Allergie \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung  Asthma  Rheumatische Erkrankung  Lebererkrankung  Hepatitis \_\_\_\_\_

Immunerkrankung  Morbus Crohn  Herzerkrankung  Herzschrittmacher  Tumor

Hauterkrankung  Neurodermitis  Hormonstörung (z.B. Schilddrüse)  Krebs \_\_\_\_\_

Schmerzen an  Kopf  Bauch  Rücken oder \_\_\_\_\_  Operation \_\_\_\_\_

Probleme mit  Stuhlgang  Blähungen  Urinieren  Erbrechen  Schwindel  Schluckauf

Gehirnerkrankung/-verletzung (Neurologie)  Epilepsie  Multiple Sklerose  Geburtskomplikation

ggf. genauer \_\_\_\_\_

Ich wurde **früher** bereits behandelt wegen meines psychischen Zustands bzw. dem Konsum von Alkohol Drogen oder Medikamenten.  nein

Psychotherapie, **zuletzt** \_\_/20\_\_  
  Tagesklinik  
  psychosomatische Reha  
  Klinik  
 Psychiater \_\_\_\_\_  
  Klinik für Suchtmedizin  
  Langzeitentwöhnung  
  Suchtberatung

Wo & Wann? \_\_\_\_\_

Ein Mitglied meiner **Familie** hat(te) eine psychische Erkrankung.  nein

Großvater  
  Großmutter  
  Vater  
  Mutter  
  Bruder  
  Schwester  
 oder \_\_\_\_\_

Welche Erkrankung(en)?  Depression  
 Angst  
 Psychose  
 Sucht  
 oder \_\_\_\_\_

**Aktuell** nehme ich folgende Medikamente ein (vom Arzt verordnet & nicht verordnet).  keine

Medikament	Dosierung	seit

**Früher** habe ich folgende Medikamente wegen psychischer Beschwerden genommen.  keine

Medikament	Dosierung	von	bis

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1. Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Details eines Projekts abzuschließen, nachdem die schwierigen Teile abgeschlossen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, Dinge zu ordnen, wenn Sie eine Aufgabe haben, die Organisation erfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verpflichtungen zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft vermeiden oder verschieben Sie es, eine Aufgabe zu beginnen, die viel Nachdenken erfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft sind Sie zappelig oder bewegen die Hände oder Füße, wenn Sie lange Zeit sitzen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft fühlen Sie sich übermäßig aktiv und unter dem Zwang, Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben wären?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie oft machen Sie Flüchtigkeitsfehler, wenn Sie an einem langweiligen oder schwierigen Projekt arbeiten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, aufmerksam zu bleiben, wenn Sie langweilige oder sich wiederholende Arbeiten verrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, sich auf das, was man Ihnen sagt, zu konzentrieren, selbst wenn man Sie direkt anspricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie oft verlegen Sie Dinge zuhause oder bei der Arbeit bzw. haben Schwierigkeiten, sie zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie oft lassen Sie sich durch Aktivitäten oder Geräusche in Ihrer Umgebung ablenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie oft verlassen Sie Ihren Platz bei Besprechungen oder in anderen Situationen, wo von Ihnen erwartet wird, dass Sie sitzen bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie oft sind Sie unruhig oder zappelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, abzuschalten und sich zu entspannen, wenn Sie Zeit für sich haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wie oft passiert es Ihnen, dass Sie in geselligen Situationen zu viel reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie oft kommt es in einer Unterhaltung vor, dass Sie die Sätze Ihrer Gesprächspartner beenden, bevor diese sie selbst beenden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten zu warten, bis Sie an der Reihe sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wie häufig unterbrechen Sie andere Leute, wenn diese arbeiten oder mit anderen Dingen beschäftigt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vgl. ASRS, 2003 World Health Organization (WHO)

Als Kind war ich...

- ... sehr  unaufmerksam oder  leicht ablenkbar oder  beendete angefangene Dinge nicht  nein
- ... oft  verträumt oder  abwesend  nein
- ... sehr impulsiv, konnte beispielsweise nur  schwer abwarten,  unterbrach andere häufig oder  handelte, ohne zu überlegen  nein
- ... sehr  unruhig oder  zappelig oder  übermäßig aktiv. Ich hatte oft Schwierigkeiten mich zu  entspannen  nein

In folgenden Bereichen im Alltag (z.B. Schule/Studium/Arbeit, Beziehungen) habe ich durch die genannten Symptome Schwierigkeiten:

---



---



---

**Bitte legen Sie diesem Fragebogen Kopien der Grundschulzeugnisse bei, wenn vorhanden.**

**Andere Beschwerden:**

Ich habe Ängste im Zusammenhang mit bestimmten  Orten  Zeiten  Anlässen  Personen. z.B. \_\_\_\_\_

Ich spüre einen **Drang zu impulsiven Verhalten**, z.B.  rücksichtsloses Fahren  Selbstverletzung  nein  
 Kaufen  Stehlen oder \_\_\_\_\_

**In den letzten vier Wochen habe ich oder fühle ich mich häufig ...**

- bedrückt  niedergeschlagen  reizbar  verärgert  schuldig  wertlos
- Einschlafprobleme  Durchschlafprobleme  frühes Erwachen  vermehrter Schlaf  Alpträume

ständig müde       kraftlos       wenig Energie       ständiger Bewegungsdrang       ruhelos

Gedanken an den Tod       Gedanken mir das Leben zu nehmen       Versuch mir das Leben zu nehmen

Ich hatte früher schon mal eine  Phase mit Niedergeschlagenheit.  nein

Ich habe schon mal den  Boden der Realität verloren (z.B. bei **Psychose**).  nein

Ich habe schon mal  Stimmen  Dinge gehört, die niemand anderes hören konnte.  nein

Mir sind  **schreckliche Dinge zugestoßen**, z.B. lebensbedrohliche Situationen (Naturkatastrophe, Unfall, Überfall, Folter, sexueller Übergriff, Gewalt)  nein

Ich gebe  regelmäßig Geld für **Glücksspiele** aus, z.B. im  Internet  Casino  Spielautomaten.  nein

Ich rauche pro Tag \_\_\_\_\_ **Zigaretten**.

**Alkohol** (z.B. Bier) trinke ich i.d.R. pro Woche an  0  1  2  3  4  5  6  7 Tagen & dann sind es meist  1  2  3  4  5  >5 Gläser  Bier  Wein  Schnaps oder \_\_\_\_\_

Ich trinke pro Tag \_\_\_\_\_ **koffeinhaltige Getränke** z.B.  Kaffee  Tee  Energy-Drinks oder \_\_\_\_\_

Mein **Internetgebrauch** in der Freizeit beträgt pro Tag  0  1 - 3  4 - 6  >6 Stunden, davon \_ Spiele-Stunden

Ich habe schon mal **Drogen** genommen (z.B. Cannabis, Amphetamine).  nein

Welche? Wie häufig?      von      bis      abstinent      von      bis

\_\_\_\_\_

Ich habe schon mal **Medikamente** (Schmerz-, Abführ-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) in großen Mengen genommen oder **häufiger bzw. höher dosiert**, als von meinem Arzt verschrieben.  nein

Medikament      von      bis      Abstinenzphase      von      bis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Vereinbarungen zur ADHS-Diagnostik am apb

- Ich habe den „Eingangsfragebogen für ADHS-Diagnostik für Erwachsene“ ausgefüllt (soweit es mir möglich war).
- Das „Informationsblatt: ADHS-Diagnostik am apb“ habe ich gelesen und stimme den darin beschriebenen Rahmenbedingungen für eine Diagnostik zu.
- Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und akzeptiere die darin beschriebene Verarbeitung meiner Daten.
- Vorbefunde** aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen, sowie Grundschulzeugnisse liegen in Kopie bei (soweit verfügbar).
- Im Falle einer **gesetzlichen Betreuung** bitten wir um entsprechende Nachweise.

Ihr Name in **DRUCKBUCHSTABEN** \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den Fragebogen nun an:

**Zentrum für Psychotherapie Bodensee (apb)**  
Bruder-Klaus-Str. 8  
78467 Konstanz

**Vielen Dank!**