

kbo-Lech-Mangfall-Klinik Murnau - Psychiatrische Institutsambulanz
Prof.-Küntscher-Str. 8 · 82418 Murnau am Staffelsee

**Institutsambulanz
Sekretariat**

Prof.-Küntscher-Str. 8
82418 Murnau am Staffelsee
Tel | 08841 48-3987
Fax | 08841 48-2355
E-Mail | ambulan-Murnau.LMK-GAP@kbo.de

Ihr Zeichen/Nachricht	Unser Zeichen	Ansprechpartner/in	Telefon	E-Mail	Datum
			08841 48--3987	ambulan-Murnau.LMK-GAP@kbo.de	

Anmeldebogen: Peripartalpsychiatrische Sprechstunde

Psychiatrische Institutsambulanz Murnau – Vertrauliche medizinische Unterlagen

1. Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

Krankenkasse / Versicherungsnummer:

HausarztIn (Name, Anschrift):

GynäkologIn (Name, Anschrift):

Hebamme / Hebammenpraxis (Name, Anschrift, Telefonnummer):

kbo-Lech-Mangfall-Kliniken gemeinnützige GmbH

- Psychiatrie
- Neuropsychiatrie
- Psychotherapie
- Psychosomatik

**Akademisches Lehrkrankenhaus
Akademische Lehrereinrichtung**
der Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
der TU München

Agatharied
Garmisch-Partenkirchen
Landsberg am Lech
Murnau
Peißenberg
Wolftratshausen (in Planung)

Geschäftsführerin
Katharina Kopieczny

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. Michael Landgrebe

Pflegedirektorin
Christina Kießling

kbo-lmk.de

Die kbo-Lech-Mangfall-Kliniken gemeinnützige GmbH ist ein Tochterunternehmen des Kommunalunternehmens der Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) und ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

Sitz: Garmisch-Partenkirchen | Registergericht: München, Handelsregisternummer HRB 165450 | Geschäftsführerin: Katharine Kopieczny
USt-IdNr. DE815140965 | Bankverbindung: Sparkasse Oberland IBAN DE76 7035 1030 0011 1636 72 BIC: BYLADEM1WHM

2. Aktuelle Lebenssituation & Familiensituation

Aktueller Status:

☐ Schwanger (SSW: _____) ☐ im Wochenbett - Kind geboren am: _____

Partnerschaft:

☐ in fester Beziehung ☐ Alleinerziehend ☐ Sonstiges: _____

Berufliche Situation:

Unterstützung im sozialen Umfeld:

☐ PartnerIn ☐ Familie ☐ Freunde ☐ Keine / Wenig Unterstützung

Gab es bereits Gespräche mit Hilffsystemen (z.B. Frühe Hilfen) ?

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung ? Falls vorhanden bitte Betreuerausweis zum Erstkontakt mitbringen.

☐ Nein ☐ Ja, welche Bereiche: _____

3. Anlass der Anmeldung & aktuelle Beschwerden

Was ist Ihr Hauptanliegen oder wo liegt Ihr Leidensdruck ?

Welche Symptome belasten Sie aktuell am meisten ? (Mehrfachnennung möglich):

☐ Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Weinkrämpfe

☐ Ängste, Panikattacken, Sorgen um das Kind

☐ Schlafstörungen (unabhängig vom nächtlichen Babyrhythmus)

☐ Innere Unruhe, Anspannung, Reizbarkeit

☐ Aufdringliche, ängstigende Gedanken (z.B. dem Kind zu schaden)

☐ Schwierigkeiten eine Bindung zum Kind aufzubauen

☐ Körperliche Erschöpfung / Überforderung

☐ Sonstiges: _____

Seit wann bestehen diese Beschwerden ? _____

Besteht eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung ?

☐ Nein ☐ Ja

4. Psychiatrische & Medizinische Vorgeschichte

Gab es bereits in der Vergangenheit psychische Erkrankungen ?

☐ Nein ☐ Ja (z.B. Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Traumata)

Gab es psychische Krisen nach früheren Schwangerschaften oder im Wochenbett ?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Trifft nicht zu (erste Schwangerschaft)

Waren Sie bereits in psychiatrischer oder psychotherapeutische Behandlung ?

☐ Nein ☐ Ja, bei Wem und Wann: _____

Nehmen Sie aktuell eine psychiatrische Medikation ein ?

☐ Nein ☐ Ja, Welche / Dosierung: _____

Wurden in der Vergangenheit psychiatrische Medikamente eingenommen ?

☐ Nein ☐ Ja, Welche / Dosierung: _____

Liegen körperliche Vorerkrankungen vor ?

☐ Nein ☐ Ja, Welche: _____

Konsum von Substanzen:

☐ Nikotin ☐ Alkohol ☐ Cannabis

☐ illegale Substanzen: _____

☐ Offizielle Substitutionstherapie mit: _____

5. Angaben zur Schwangerschaft & Geburtshilfliche Vorgeschichte

Wie war die Einstellung zur aktuellen Schwangerschaft ?

☐ geplantes Wunschkind ☐ eher ungeplant / überraschend ☐ Ambivalente Gefühle dazu

Frühere Schwangerschaften / Geburten:

Anzahl der vorherigen Schwangerschaften insgesamt: _____

Lebendgeborene Kinder: _____

Fehlgeburten (Aborte): ☐ Nein ☐ Ja, Anzahl: _____

Eigene / subjektive Erfahrung der bisherigen Geburt(en):

☐ selbstbestimmt ☐ belastend

☐ Sonstiges: _____

Verlauf der aktuellen Schwangerschaft:

☐ Unauffällig

☐ Komplikationen, welche: _____

Wurde das aktuelle Kind bereits geboren ?

☐ Nein ☐ Ja

Falls Ja (Angaben zum Wochenbett / Kind):

Geburtsmodus: ☐ Spontangeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Sonstiges: _____

Komplikationen bei der Geburt:

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Trinkt das Kind Muttermilch ?

☐ Ausschließlich ☐ Teilweise ☐ Nein (Formulardernährung)

6. Therapieziel / Behandlungswunsch

Behandlungsziel: Was erhoffen Sie sich von einer Behandlung bei uns ?
