

---

Die Psychiatrische Institutsambulanz der kbo-Lech-Mangfall-Kliniken gGmbH in Garmisch-Partenkirchen richtet sich an Menschen ab dem 18. Lebensjahr mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen denen der Zugang zu den bestehenden ambulanten Versorgungsmöglichkeiten nur erschwert oder gar nicht möglich ist. Ein weiteres Aufgabenfeld stellt die Behandlung von Menschen in akuten psychischen Krisen, bei welchen eine ausreichende Versorgung nicht gegeben ist, dar.

Welche Erkrankungen können in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt werden?

- Akute psychische Krisen
- Erkrankungen aus dem schizophrenen sowie schizoaffektiven Formenkreis
- Suchterkrankungen mit Mehrfachdiagnosen
- Persönlichkeitsstörungen mit komplizierten Verlauf
- Affektive Störungen (Depression, Bipolare Störung) mit komplizierten Verlauf
- Angst- und Zwangserkrankungen mit komplizierten Verlauf
- Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter
- Schwere psychische Störungen bei Intelligenzminderung
- Mehrfachdiagnosen psychischer Erkrankungen

Die Anmeldung an unsere Institutsambulanz erfolgt mittels **Überweisung eines Facharztes für Psychiatrie oder Neurologie. Nach der Anmeldung erfolgt eine zeitnahe Durchsicht der Unterlagen durch einen der Ambulanzärzte um die Dringlichkeit einschätzen zu können.**

**Wir bitten sie den beiliegenden Anmeldebogen ausführlich zu beantworten um die aktuelle Problematik bestmöglich einschätzen zu können.**

Sollten sie sich bereits in ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden ist die Behandlung an unserer Psychiatrischen Institutsambulanz vorab mit dem aktuellen Therapeuten abzuklären.

**Eine dauerhafte ambulante Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie) kann im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanztätigkeit nicht erfolgen,** hierzu verweisen wir auf die Koordinationsstelle Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), unter der Telefonnummer 0921/78776540410 ist eine Kontaktaufnahme möglich.

Ziel der Behandlung ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes um einen stationären Krankenhausaufenthalt weitgehend vermeiden zu können und die Integration in den Alltag und die Gemeinschaft zu fördern.

Liebe Patienten,

Sie können uns helfen, möglichst zeitnah Termine für alle Patienten anbieten zu können, indem Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Aufgrund der großen Nachfrage nach Terminen besteht eine Warteliste für die Terminvergabe.

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht absagen, bedeutet dies, dass Sie automatisch auf den letzten Platz der Warteliste rutschen. In diesem Falle ist eine kurzfristige Terminvergabe nicht möglich.

Zudem weisen wir darauf hin, dass Sie Termine/ Gruppentherapien in unserer psychiatrischen Ambulanz nicht wahrnehmen können, wenn Sie sich zur gleichen Zeit in stationärer Behandlung (Reha, teilstationäre Behandlung) befinden. Auch hier bitten wir um zeitnahe Absage. Leistungen, die in diesem Zeitraum in Anspruch genommen wurden, werden Ihnen privat in Rechnung gestellt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Hinweis gelesen und zur Kenntnis genommen haben.

---

Unterschrift Patient

Ambulanz  
Auenstraße 6  
82467 Garmisch-Partenkirchen  
Tel | 08821 77-6450  
Fax | 08821 77-6459  
E-Mail| Ambulanz.LMK-GAP@kbo.de

---

## Anmeldebogen Psychiatrische Institutsambulanz

<b>Name/Vorname:</b> <b>Geb.-Datum:</b> <b>Telefonnummer:</b> <b>Versicherung:</b> <b>E-Mail-Adresse:</b>
<b>Adresse:</b>
<b>Einweisender Arzt bzw. Hausarzt:</b>
<b>Symptomatik/Problematik:</b> (Wann sind sie erstmals psychisch erkrankt? Gab es Belastungen im Vorfeld der aktuellen Erkrankung? Wie äußerte sich die Beschwerden aktuell?)
<b>Bisherige Behandlung ambulant/stationär</b> (Arztbriefe wenn vorhanden, Ambulant psychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlungen, Vorbehandlung über Hausarzt oder Heilpraktiker, bestehen ambulante Hilfen (SPDI, Condrobs, Caritas, Betreuer etc.) :

<b>Körperliche Erkrankungen</b> (Operationen, Krankenhausaufenthalte) :
<b>Aktuelle Medikation</b> (auch abgesetzte Medikamente einschließlich Psychopharmaka; wenn ja, warum wurden die Medikamente abgesetzt):
<b>Wichtige Lebensereignisse</b> (belastende Ereignisse wie Tod oder Verlusterfahrungen) :
<b>Welche Ziele sollen durch die ambulante Behandlung erreicht werden:</b>
<b>Selbstgefährdung aktuell oder früher</b> (Suizidversuche):
<b>Arbeitssituation und Lebensunterhalt</b> (abgeschlossene Ausbildung, Wohnsituation, Partnerschaft, Kinder):
<b>Aktuell arbeitsunfähig:</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja, seit wann</b> _____

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, Gesundheits- und Sozialdaten zum Zweck der Behandlung erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben werden meine Daten für weitere 30 Jahre nach Abschluss der Vertragserfüllung/Behandlung gespeichert.

-----  
**Datum**

**Unterschrift**

