

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

## Empfänger-Adresse

### Institutsambulanz Sekretariat

Prof.-Küntscher-Str. 8  
82418 Murnau am Staffelsee  
Tel | 08841 48-3987  
Fax | 08841 48-2355  
E-Mail | [ambulanz-Murnau.LMK-GAP@kbo.de](mailto:ambulanz-Murnau.LMK-GAP@kbo.de)

Ihr Zeichen/Nachricht	Unser Zeichen	Ansprechpartner/in	Telefon	E-Mail	Datum
			08841 48--3987	<a href="mailto:ambulanz-Murnau.LMK-GAP@kbo.de">ambulanz-Murnau.LMK-GAP@kbo.de</a>	

Die Psychiatrische Institutsambulanz der kbo-Lech-Mangfall-Kliniken gGmbH in Murnau richtet sich an Menschen ab dem 18. Lebensjahr mit **chronischen und schweren psychischen Erkrankungen** denen die Behandlung im Rahmen der bestehenden ambulanten Versorgungsmöglichkeiten (niedergelassener Facharzt für Psychiatrie oder Psychosomatik, niedergelassener Psychotherapeut) aufgrund der Schwere und Chronifizierung, bzw. aufgrund von Mehrfacherkrankungen nicht ausreichend, 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.

### 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  
Wolfratshausen (in Planung)

Welche Erkrankungen können in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt werden?

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

Geschäftsführerin  
Katharina Kopieczny

Ärztlicher Direktor  
Prof. Dr. Michael Landgrebe

Pflegedirektorin  
Christina Kießling

[kbo-lmk.de](http://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

Die Anmeldung an unsere Institutsambulanz erfolgt mittels **Überweisung eines Hausarztes oder ambulant tätigen Facharztes**, bitte klären Sie eine Behandlungsnotwendigkeit in unserer Institutsambulanz vorher mit diesem ab.

**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.

## Anmeldebogen psychiatrische Institutsambulanz

<b>Name:</b> <b>Vorname:</b>
<b>Geb.-Datum:</b>
<b>Adresse:</b> _____
<b>Handynummer:</b> _____, <b>Festnetznummer:</b> _____
<b>E-Mail:</b> _____
<b>Besteht aktuell eine gesetzliche Betreuung oder Vorsorgevollmacht?</b>  Ja, durch (Vor- u. Nachname) _____, Tel.: _____
<b>Welche Geschäftsbereiche?</b>  <input type="checkbox"/> <b>Gesundheit</b> <input type="checkbox"/> <b>Aufenthalt</b> <input type="checkbox"/> <b>Vermögen</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonstige</b> _____
<b>Einweisender Haus-, bzw. Facharzt:</b>
<b>Aktuelle Beschwerden:</b>
<b>Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden:</b>
<b>Bisherige Behandlung beim Hausarzt, Facharzt oder in einer Klinik (Arztbriefe und Befunde, wenn vorhanden bitte beilegen):</b>
<b>Aktuelle Medikation einschl. Psychopharmaka:</b>

<b>Behandlungsziele (Was erhoffen Sie sich von einer Behandlung bei uns)?</b>		
<b>Haben Sie spezielle Risiken?</b>		
<b>Drogen</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? Wie viel? _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Alkohol</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? Wie viel? _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Zigaretten</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? Wie viel? _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Anfallsleiden</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Medikamentenunverträglichkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja, gegen _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>chron. Infektionskrankheiten</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Stoffwechselstörungen</b> <small>(z.B. Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörungen, etc.)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Kardio-Pulmonal-Risiken</b> <small>(z.B. Bluthochdruck, KHK, etc.)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Schwangerschaft</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Selbstgefährdung aktuell oder früher:</b>		
<b>Gegenwärtige berufliche Situation:</b>		
<b>Aktuell arbeitsunfähig?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann _____, mit welcher Diagnose? _____		
<b>Soziale Situation (Berufsausbildung, Wohnsituation, Partnerschaft, Kinder, usw.):</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: \_\_\_\_\_