

## Einverständnis für die Zusendung von Fragebogen zur Abklärung einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Sehr geehrte\*r Patient\*in,

Sie haben vor, sich in unserer **Spezialsprechstunde** zur Abklärung einer etwaigen Autismus-Spektrum-Störung (ASS) im Erwachsenenalter anzumelden.

Damit wir vor dem persönlichen Gespräch in unserer Sprechstunde Informationen zu Ihnen und Ihrer Entwicklungsgeschichte erhalten, werden wir Ihnen Fragebogen zusenden und Sie bitten, diese vorab schriftlich zu beantworten und an uns zurückzusenden.

**Für die Zusendung der Fragebogen benötigen wir Ihr Einverständnis.**

Hierfür ist folgendes nötig:

1. Einverständnis persönlich leserlich ausfüllen und unterschreiben (Formular auf dieser Seite).
2. Anmeldung durch eine\*n Fachärzt\*in für Psychiatrie und Psychotherapie, dass eine Abklärung/Diagnostik aufgrund eines Verdachts auf eine Autismus-Spektrum-Störung erfolgen soll (Formular auf der nächsten Seite).

Hinweis: Wir gehen davon aus, dass der/die Fachärzt\*in die ausgefüllten Formulare an uns zurücksendet. Falls Sie das selbst tun möchten, ist das ebenfalls möglich.

---

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein\*e behandelnde\*r Ärzt\*in meinen Namen und meine Anschrift an das

Universitätsklinik Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
z. Hd. Thomas Fangmeier  
Hauptstr. 5  
79104 Freiburg

Fax-Nummer: 0761 270 96 69 680

weiterleitet. Daraufhin werden mir von der Klinik Fragebogen auf dem **Postweg** zugesandt. Alle weiteren Informationen erhalte ich mit der Fragebogensendung.

**Diese Einverständniserklärung darf nicht per E-Mail versandt werden, sondern nur per Post (Adresse weiter oben) oder Fax (nur Faxnummer weiter oben verwenden).**

Name, Vorname:	,
Anschrift:	

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient\*in

## Anmeldung durch Fachärzt\*in für Psychiatrie und Psychotherapie

Bitte schreiben Sie den Namen der/des Patient\*in und Ihren Verdacht auf ASS auf dieses Formular, geben Sie zusätzlich Ihre Praxisadresse an und nutzen Sie Ihren Arztstempel. Alternativ können Sie auch eine Überweisung mit dem Zusatz „V. a. Autismus-Spektrum-Störung“ mitschicken.

Bitte schicken Sie dieses Formular unbedingt an folgende Adresse oder Fax-Nummer:

Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Fax-Nummer: 0761 270 9669680

z. Hd. Thomas Fangmeier  
Hauptstr. 5  
79104 Freiburg

### Von Ärzt\*in auszufüllen

Hiermit melde ich meine\*n Patient\*in  
aufgrund des Verdachts einer Autismus-  
Spektrum-Störung zur weiteren Abklä-  
rung an.

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des/der anzumeldenden Patient\*in)

### Praxis

Name

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Praxisstempel

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärzt\*in