

## Anmeldung zur Autismus-Diagnostik

für \_\_\_\_\_ (Patientenname),

• geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

Ich melde den die o. g. Patientin / den o. g. Patient zur Autismus-Diagnostik in der Praxis Hochgürtel an.

Die Diagnostik umfasst folgende Termine:

1. Erstgespräch
2. ADOS
3. ADI
4. Befundbesprechung nach der Diagnostik

Eine Intelligenztestung liegt bereits vor:

Ja

Nein

Bitte alle Befunde in Kopie beilegen.

Zuverlässig erreichbar bin ich / sind wir unter folgender Rufnummer: \_\_\_\_\_

Die Anmeldung erfolgt durch: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in; Sorgeberechtigte/-r

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/-r