Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten einen Patienten zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in unserer Klinik anmelden. Bitte füllen Sie das Formular aus und lassen sie es uns per Fax oder Email zukommen. Zusätzlich benötigen wir einen aktuellen Arztbrief sowie vorliegende Befunde zur organischen Ausschlussdiagnostik.

Dr. med Gregory M. Hecht, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hammer Str. 9, 49740 Haselünne -- Fax: 05961/503-3409; E-Mail: Susan.AtikMaesker@niels-stensen-kliniken.de

Ihre Zuweiserdaten

Name: _____

Einrichtung/Klinik: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Patientendaten

Name: _____ geb. am: _____ Geschlecht: _____

Kontakt/Telefon: _____

Diagnose: _____

Indikation zur EKT: _____

ggf. Differentialdiagnose: _____

Psychiatrische Komorbidität (inkl. Angststörungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, o.a):

_____

_____

_____

Somatische Erkrankungen/Risikofaktoren/aktuelle internistische Medikation:

_____

_____

_____

EKT-Anmeldung Seite 2; Pat.-Name: _____

Vorgeschichte:

Ersterkrankungsalter: ___ J. Anzahl der Episoden: _____ Dauer der aktuellen Episode: _____

Aktuelle psychiatrische Medikation:

Ist eine Lithium Therapie bereits erfolgt? Wenn ja, seit wann:

Wenn nicht, warum nicht?

Präparat	Dosis	Plasmakonzentration

☐ Etablierung wirksamer Medikation nicht möglich

Begründung: _____

_____

Frühere psychiatrische Medikation:

Ist eine Bildgebung des Kopfes erfolgt? Wenn ja, wann?

Aktuelles Behandlungssetting des Patienten:

☐ Ambulant ☐ Stationär offen ☐ Stationär geschützt

Rechtsgrundlage:

☐ Pat. ist einwilligungsfähig ☐ Unterbringungsbeschluss

☐ Freiwillige Behandlung ☐ Zwangsbehandlung nach §1906 BGB