

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten einen Patienten zur Elektrokonvulsionstherapie in unserer Klinik anmelden. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und lassen sie es uns per Post oder Fax zukommen. Zusätzlich benötigen wir zur Bearbeitung einen aktuellen, informativen Arztbrief inkl. Befunden zu organischer Ausschlussdiagnostik.

PD Dr. David Zilles-Wegner, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Von-Siebold-Str. 5,
37075 Göttingen -- Fax: 0551 / 39-60617; E-Mail: david.zilles@med.uni-goettingen.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. Sucht, Persönlichkeitsstörungen):

Somatische Erkrankungen/Risikofaktoren:

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

Vorgeschichte:

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

Aktuelle psychiatrische Medikation:

Präparat	Dosis	Plasmakonzentration

Etablierung wirksamer Medikation nicht möglich

Begründung: _____

Frühere Medikation:

Aktuelles Behandlungssetting des Patienten:

Ambulant

Stationär offen

Stationär geschützt

Rechtsgrundlage:

Pat ist einwilligungsfähig

Unterbringungsbeschluss

Freiwillige Behandlung

Zwangsbehandlung nach §1906 BGB