

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten einen Patienten zur Elektrokonvulsionstherapie in unserer Klinik anmelden. Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus und lassen es uns per Post oder Fax zukommen.

Dr. David Zilles, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Von-Siebold-Str. 5, 37075
Göttingen Fax: 0551 / 39-14935; E-Mail: david.zilles@med.uni-goettingen.de

Ihre Zuweiserdaten

Name: _____
Einrichtung/Klinik _____
Adresse: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

Patientendaten

Name: _____ Alter: _____ J. Geschlecht: _____

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

Frühere Medikation:

Präparat	Dosis	Plasmakonzentration

Aktuelles Behandlungssetting des Patienten:

Ambulant Stationär offen Stationär geschützt

Rechtsgrundlage:

- Pat ist einwilligungsfähig
- Freiwillige Behandlung
- Unterbringungsbeschluss
- Zwangsbehandlung nach §1906 BGB