

Checkliste Vorbehandlungen

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Psychiatrische Krankenhausaufenthalte		
Datum	Aufenthaltsdauer	Ort

Medikamentöse Vorbehandlungen (Antidepressiva, Lithium, Kombinationen, Augmentationen, ect.)		
Medikament	Maximaldosis	Behandlungszeitraum

Weitere Biologische Therapieverfahren (Elektrokonvulsionstherapie, rTMS, Vagusnervstimulation)		
Therapieverfahren	Häufigkeit	Behandlungszeitraum

Psychotherapeutische Vorbehandlungen (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Psychoanalyse, ect.)	
Verfahrensart	Behandlungszeitraum