

Anmeldeformular repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten eine Patientin / einen Patienten zur Ketamin- und Esketaminbehandlung in unserer Klinik anmelden? Dann füllen Sie das Formular vollständig aus und lassen Sie es uns per E-Mail, Post oder Fax zukommen.

Soweit möglich, senden Sie uns bitte einen aktuellen, informativen Arztbrief inklusive Befunden zu organischer Ausschlussdiagnostik.

Ihre Zuweiserdaten

Name:

Einrichtung / Klinik:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Patientendaten

Name:

geb. am:

Geschlecht:

Kontakt / Telefon:

Diagnose:

Indikation:

ggf. Differentialdiagnose:

Psychiatrische Komorbidität inklusive Sucht, Persönlichkeitsstörungen

Somatische Erkrankungen / Risikofaktoren

Pat.-Name:

Vorgeschichte

Ersterkrankungsalter:

Anzahl der Episoden:

Dauer der aktuellen Episode:

Aktuelle psychiatrische Medikation

Präparat	Dosis	Plasmakonzentration

Etablierung wirksamer Medikation nicht möglich

Begründung:

Welche Augmentationsstrategie wurde in der aktuellen Episode durchgeführt

Frühere stationäre Behandlungen (Klinikname und Dauer)

Klinik:

Dauer:

Psychotherapie

Wann:

Dauer:

Weitere Therapieverfahren in der Vorgeschichte (z.B. EKT, Lithium, Tranylcypromin, trizyklische Antidepressiva etc., Schlafentzugsbehandlung, usw.)

Kontraindikationen

- Ferromagnetisches Osteosynthesematerial (Kopf und Hals)
- Epilepsie
- Tiefenhirnstimulation

Aktuelles Behandlungssetting des Patienten

Ambulant

Stationär offen

Stationär geschützt

Rechtsgrundlage

Pat. ist einwilligungsfähig

Unterbringungsbeschluss

Fachärztliche psychiatrische
Weiterbehandlung

Freiwillige Behandlung

Zwangsbehandlung nach §1906 BGB