GeBO
Gesundheitseinrichtungen Bezirk Oberfranken
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Medizincampus Oberfranken
Psychiatrie/Psychosomatik

Zentrum für Neurostimulation und Ketaminbehandlung
Leitender Oberarzt
Dr. med. Johannes Kornacher
Leitende Oberärztin
Dr. med. Stephanie Tieden

Anmeldeformular repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten eine Patientin / einen Patienten zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) 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