

Anmeldebogen Depressions-/ EKT-Sprechstunde

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten einen Patienten in der Depressionssprechstunde / zur Evaluation einer Elektrokonvulsionstherapie in unserer Klinik anmelden. Bitte füllen Sie hierfür das Formular so vollständig, wie möglich, aus und lassen Sie es uns per Fax oder per Post zukommen (Psychiatrische Poliklinik, Depressions- / EKT-Sprechstunde, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover; Fax: 0511 532 3187).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihre Zuweiserdaten:

Name: _____

Klinik / Praxis: _____

Adresse: _____

Kontaktdaten (Telefon / Email): _____

Patientendaten:

Name, Vorname:	Geb.	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich / <input type="radio"/> männlich / <input type="radio"/> divers
Kontakt / Telefon / Email:		

Wohnsituation	<input type="radio"/>	allein lebend				
	<input type="radio"/>	mit Partner/Familie/WG				
	<input type="radio"/>	ambulant betreutes Wohnen				
	<input type="radio"/>	Pflegeheim				
	<input type="radio"/>	Ohne festen Wohnsitz				
Pflegestufe	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein		
Falls ja, welche?						
Aktuelles Behandlungssetting	<input type="radio"/>	Stationär geschützt	<input type="radio"/>	Stationär offen	<input type="radio"/>	ambulant
Einwilligungsfähigkeit	<input type="radio"/>	Einwilligungsfähig	<input type="radio"/>	Nicht einwilligungsfähig		
Rechtliche Betreuung	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein		
Falls ja, Kontaktdaten und Aufgabenkreise:						

Familienstand	<input type="radio"/>	ledig
	<input type="radio"/>	verheiratet/feste Partnerschaft
	<input type="radio"/>	geschieden
	<input type="radio"/>	verwitwet

Zur Vorstellung führende Diagnose:

Diagnose (ICD-10)			
Anzahl bisheriger Episoden	__ __ Episoden		
Alter bei der ersten Episode	__ __ Jahre		
Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte aufgrund der Erkrankung?	__ __ Aufenthalte		
Dauer der aktuellen Episode	__ __ Wochen		
Vorbehandlung mit biologischen Verfahren (EKT, rTMS, VNS):	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/> Nein
Falls ja, mit welchem Verfahren?			

Symptome

- aktuell Suizidalität: Ja Nein
- aktuell Suizidversuch: Ja Nein
- frühere Suizidversuche: Ja Nein Anzahl: _____
- aktuell psychotische Symptome: Ja Nein
- frühere psychotische Symptome: Ja Nein

Psychiatrische Komorbiditäten

Erkrankung	ICD-10-Kodierung	Bekannt seit

Frühere Medikationsversuche

_____	..... mg	von ____/____	bis ____/____
(Wirkstoff)		Monat Jahr	Monat Jahr
_____	..... mg	von ____/____	bis ____/____
(Wirkstoff)		Monat Jahr	Monat Jahr
_____	..... mg	von ____/____	bis ____/____
(Wirkstoff)		Monat Jahr	Monat Jahr
_____	..... mg	von ____/____	bis ____/____
(Wirkstoff)		Monat Jahr	Monat Jahr
_____	..... mg	von ____/____	bis ____/____
(Wirkstoff)		Monat Jahr	Monat Jahr

Psychotherapie

nein

ja: von ____/____ bis ____/____

Monat Jahr Monat Jahr

Psychiatrische Krankenhausaufenthalte

Aufenthaltsdauer	Ort	Datum

Aktuelle psychiatrische Medikation:

Präparat	Maximaldosis	Plasmakonzentration	Behandlungszeitraum

Aktuelle somatische Medikation

Präparat	Dosis	Behandlung seit

Somatische Komorbiditäten / Risikofaktoren:

Erkrankung	ICD-10-Kodierung	Bekannt seit

Bisher durchgeführte Diagnostik

	Ja	Nein	Datum der Durchführung	Befund vorliegend
Körperliche Untersuchung				
Basislabor				
Erweiterte Labordiagnostik (z.B. Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D, HIV, Neuroloues)				
Echokardiogramm (TTE)				
24-Stunden-EKG				

Doppleruntersuchung der Carotiden				
Cerebrale Magnetresonanztomographie				
Cerebrale Computertomographie				
Liquoranalyse				
Elektroenzephalogramm (EEG)				
Weitere Untersuchungen:				