

Anmeldebogen Depressionssprechstunde

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, Depressionssprechstunde, 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. am | Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich / <input type="radio"/> männlich / <input type="radio"/> divers |
| Kontakt / Telefon: | | |

| | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|----------|
| 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 | 0 | ledig |
| | 0 | verheiratet/feste Partnerschaft |
| | 0 | geschieden |
| | 0 | 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 |

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

| | | |
|-------------------|----------|--|
| _____ (Wirkstoff) | mg | von ____/____ bis ____/____ Monat Jahr Monat Jahr |
| _____ (Wirkstoff) | mg | von ____/____ bis ____/____ Monat Jahr Monat Jahr |
| _____ (Wirkstoff) | mg | von ____/____ bis ____/____ Monat Jahr Monat Jahr |
| _____ (Wirkstoff) | mg | von ____/____ bis ____/____ Monat Jahr Monat Jahr |
| _____ (Wirkstoff) | mg | von ____/____ bis ____/____ Monat Jahr Monat Jahr |

Psychotherapie

nein

ja: von ____/____ bis ____/____
Monat Jahr Monat Jahr

Psychiatrische Krankenhausaufenthalte

| Aufenthaltsdauer | Ort | Datum |
|------------------|-----|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Aktuelle psychiatrische Medikation:

| Präparat | Dosis | Plasmakonzentration | Behandlung seit |
|----------|-------|---------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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, Neurologues) | | | | |
| Echokardiogramm (TTE) | | | | |
| 24-Stunden-EKG | | | | |
| Doppleruntersuchung der Carotiden | | | | |
| Cerebrale Magnetresonanztomographie | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| Cerebrale Computertomographie | | | | |
| Liquoranalyse | | | | |
| Elektroenzephalogramm (EEG) | | | | |
| Weitere Untersuchungen: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |