

Anmeldebogen Depressionsprechstunde

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten einen Patienten in der Depressionsprechstunde / 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 (Dr. Hannah Maier, 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: | | | |
| Größe in m: | Gewicht in kg: | | |
| Blutdruck: | Puls: | | |

| | | | |
|-------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|
| 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? | | | |

| | | | |
|-----------------|-----------------------|----------------------------------|--|
| Berufstätigkeit | <input type="radio"/> | Nicht berufstätig | |
| | <input type="radio"/> | Berufstätig (auch Teilzeit) | |
| Familienstand | <input type="radio"/> | ledig | |
| | <input type="radio"/> | verheiratet/feste Partnerschaft | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------------|------------|-----------------------|------|
| | | <input type="radio"/> | geschieden | | |
| | | <input type="radio"/> | verwitwet | | |
| Tabakkonsum | | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| - wenn nein: Ex-Raucher | | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| aufgehört vor | | __ __ Jahren | | | |
| - wenn Raucher: Raucht seit | | __ __ Jahren | | | |
| - Art des Konsums | Zigaretten | __ __ __ Stück/d | | | |
| | Pfeifen | __ __ __ Stück/d | | | |
| | Zigarren | __ __ __ Stück/d | | | |
| Alkoholkonsum | | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| - Wenn nein: früherer Alkoholkonsum | | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| - Aufgehört vor | __ __ Jahren | | | | |
| - Wenn ja: | Bier | __ __ Gläser/d | | | |
| | Wein | __ __ Gläser/d | | | |
| | Hochprozentiges | __ __ Gläser/d | | | |
| Drogenkonsum | | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| Falls ja, welche? | __ __ __ /d | | | | |

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

- _____ 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

Aktuelle psychiatrische Medikation:

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

Aktuelle somatische Medikation

| Präparat | Dosis | |
|----------|-------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Somatische Komorbiditäten / Risikofaktoren:

| Erkrankung | ICD-10-Kodierung | Bekannt seit |
|------------|------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bisher durchgeführte Diagnostik

| | | |
|--|------|-------------------|
| | wann | Befund vorliegend |
|--|------|-------------------|

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Cerebrale Magnetresonanztomographie | | |
| Cerebrale Computertomographie | | |
| Lumbalpunktion | | |
| EEG | | |
| Weitere Untersuchungen: | | |
| | | |
| | | |
| | | |