



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten einen Patienten zur Elektrokonvulsionstherapie in unserer Klinik anmelden. Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus und lassen es uns per Post oder Fax zukommen.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Am Sommerberg 21, 97816 Lohr a.Main, Fax: 09352 503-6381, E-Mail: station18oben@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Ihre Zuweiserdaten:

Name:

Einrichtung:/Klinik:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Patientendaten:

Name:

Alter:

Jahre

Geschlecht:

Diagnose:

Indikation zur EKT:

Ggf. Differentialdiagnose:

Psychiatrische Komorbidität (inkl. Sucht, Persönlichkeitsstörungen):

Somatische Erkrankungen/Risikofaktoren:



EKT-Anmeldung Seite 2;

Pat.-Name: _____

Vorgeschichte:

Ersterkrankungsalter: _____ J. Anzahl der Episoden _____ Dauer der aktuellen Episode: _____ Mo.

Aktuelle psychiatrische Medikation:

Präparat	Dosis	Plasmakonzentration

Frühere Medikation:

Präparat	Dosis	Plasmakonzentration

Aktuelles Behandlungssetting des Patienten:

- Stationär offen Stationär geschützt

Rechtsgrundlage:

- Pat. ist einwilligungsfähig
 Freiwillige Behandlung
 Unterbringungsbeschluss
 Zwangsbehandlung nach §1906 BGB