



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten eine Patientin/einen Patienten zur Elektrokonvulsionstherapie in unserer Klinik anmelden. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und lassen Sie es uns per E-Mail, Post oder Fax zukommen. Zusätzlich benötigen wir zur Bearbeitung einen aktuellen, informativen Arztbrief inkl. Befunden zu organischer Ausschlussdiagnostik.

Johannes Balschat
Psychiatrische Klinik Lüneburg
Am Wienebütteler Weg 1
21339 Lüneburg
Fax: 04131 60 11680
E-Mail: johannes.balschat
@pk.lueneburg.de

IHRE ZUWEISERDATEN

Name: _____

Einrichtung/Klinik: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

PATIENTENDATEN

Name: _____ geb. am: _____ Geschlecht: _____

Kontakt/Telefon: _____

Diagnose: _____

Indikation zur EKT: _____

ggf. Differentialdiagnose: _____

PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄT (INKL. 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: _____

FRÜHERE MEDIKATION

Präparat	Dosis	Plasmakonzentration

WELCHE AUGMENTATIONSSTRATEGIE WURDE IN DER AKTUELLEN EPISODE DURCHGEFÜHRT

FRÜHERE STATIONÄRE BEHANDLUNGEN (KLINIKNAME UND DAUER)

Klinik _____ Dauer _____

PSYCHOTHERAPIE

Wann _____ Wie lange _____

WEITERE THERAPIEVERFAHREN IN DER VORGESCHICHTE

(z.B. Esketamin, rTMS, Schlafentzugsbehandlung, usw.)

HIRNORGANISCHE AUSSCHLUSSDIAGNOSTIK INNERHALB DES LETZTEN JAHRES

cCT/cMRT EEG **Befunde bitte anfügen**

AKTUELLES BEHANDLUNGSSETTING DES PATIENTEN

Ambulant Stationär offen Stationär geschützt

RECHTSGRUNDLAGE

Pat. ist einwilligungsfähig Unterbringungsbeschluss Fachärztliche psychiatrische Weiterbehandlung
 Freiwillige Behandlung Zwangsbehandlung nach §1906 BGB