

**FI: Anmeldung zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT)/
Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)**

Revision: 4

Station: _____

- Elektrokonvulsionstherapie/ EKT
- Repetitive Transkranielle Magnetstimulation/ rTMS

Patientenname: _____ _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ _____
Tel. Patient: _____
Tel. einweisender Arzt: _____

Indikationsdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Aktuelle Medikation: _____

Labor (nicht älter als 1 Monat mit Diff. Blutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Transaminasen, Gerinnungsparameter, Plasmaspiegel wichtiger Wirkstoffe v.a. Digitalis, Lithium, Venlafaxin, Antiepileptika):

EKG (nicht älter als 1 Monat): _____

EEG / schriftl. Befund (nicht älter als 1 Monat): _____

CT oder MRT des Schädels mit CD-ROM und schriftl. Befund (nicht älter als 3 Monate): _____

Für die rTMS ist die MRT MP-RAGE des Schädels incl. beider Ohrmuscheln auf CD-ROM zwingend erforderlich (nicht älter als 6 Monate).

Einwilligungsfähigkeit: nein ja

Gesetzliche Betreuung: nein ja durch: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular entweder per Fax an +49 (0)8221- 96 28259 oder per Post an: Bezirkskrankenhaus Günzburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Stimulationsverfahren, Lindenallee 2, 89312 Günzburg.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter

Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst