

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

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

PD Dr. David Zilles-Wegner, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Von-Siebold-Str. 5,  
37075 Göttingen -- Fax: 0551 / 39-60617; E-Mail: [david.zilles@med.uni-goettingen.de](mailto:david.zilles@med.uni-goettingen.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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EKT-Anmeldung Seite 2; Pat.-Name: \_\_\_\_\_

**Vorgeschichte:**

Ersterkrankungsalter: \_\_\_\_\_ J. Anzahl der Episoden: \_\_\_\_\_ Dauer der aktuellen Episode: \_\_\_\_\_

**Aktuelle psychiatrische Medikation:**

Präparat	Dosis	Plasmakonzentration

Etablierung wirksamer Medikation nicht möglich

Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frühere Medikation:**



**Aktuelles Behandlungssetting des Patienten:**

Ambulant

Stationär offen

Stationär geschützt

**Rechtsgrundlage:**

Pat ist einwilligungsfähig

Unterbringungsbeschluss

Freiwillige Behandlung

Zwangsbehandlung nach §1906 BGB