



Anmeldung

zur Spezialsprechstunde für
therapieresistente Depressionen

Bitte füllen Sie (oder Ihr Behandler) diesen Bogen aus und schicken ihn zusammen mit einer fachärztlichen Überweisung und (falls vorhanden) dem letzten Arztbrief per Post an die obige Adresse oder an folgende Fax-Nummer: 0761 270-68280

Allgemeine Angaben

Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Kontaktdaten	Email:		
	Telefon:		
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> GKV	
Ambulante(r) Behandler/-in (Name, Ort)			
Anmeldung für	<input type="checkbox"/> rTMS	<input type="checkbox"/> Ketamin	
Behandlungsbeginn (Wunschtermin)			
Somatische Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
wenn ja, welche			
Hauptdiagnose			
(Neben-)Diagnosen			
Dauer der gegenwärtigen Episode (Monate)			
Dauer seit erster Episode [Jahre]			

Psychiatrische Vorgeschichte

Anzahl stationärer Aufenthalte		
Anzahl an Antidepressiva		
Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
rTMS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lithium	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bitte das ausgefüllte Formular speichern: "Datei -> Speichern unter"
und per Post an obige Adresse auf der ersten Seite
oder an die Fax-Nummer 0761 270-68280 schicken.