

## Interessensbekundung für eine Behandlung mit Tiefer Hirnstimulation

Hiermit bestätige ich, dass ich mich für die Behandlung mit THS im Rahmen einer zukünftigen Studie Interessiere.

Ich bestätige zudem, dass ich mit der Aufbewahrung der unten aufgeführten Informationen durch die Abteilung für Interventionelle Biologische Psychiatrie der Uniklinik Freiburg einverstanden bin, das einzig dem Zwecke eines möglichen Einschlusses in eine THS-Studie oder eines individuellen Heilversuchs dient. Eine weitere Verwendung ist ausgeschlossen.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Verheiratet:  Ja  Nein

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Psychiatrische Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Krankheitsbeginn: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnose(n): \_\_\_\_\_

Gab es seitdem Zeiträume, in denen es Ihnen deutlich besser ging?

Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Stationäre Aufenthalte: \_\_\_\_\_

Bitte schreiben Sie bei den folgenden Feldern nach jeder Behandlung in eine Klammer, für wie erfolgreich sie den Behandlungsversuch hielten, ob Nebenwirkungen aufgetreten sind usw.:

Aktuelle Medikamente (Dosierung): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisherige Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisherige psychotherapeutische Behandlungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl bisheriger Elektrokonvulsionstherapie (EKT)-Sitzungen: \_\_\_\_\_

Sonstige Behandlungen: \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie nach Möglichkeit diesem Formular zusätzlich einen möglichst aktuellen oder aussagekräftigen Arztbrief, z.B. aus einem stationären Aufenthalt oder einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung hinzu.