

Checkliste zur Anmeldung

von Patienten mit Interesse an einer Elektrokonvulsionstherapie in der EKT-Ambulanz des UKE

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

seit 2016 wird die Elektrokonvulsionstherapie im UKE wieder als Therapieoption für bestimmte psychiatrische Erkrankungen eingesetzt. Es ist möglich Patienten mit diesbezüglichem Interesse in unsere Ambulanz zur Prüfung der Indikation vorzustellen (Terminvergabe unter Tel. 7410 - 53210). Aktuell behandeln wir vorwiegend Patienten mit therapieresistenten Störungsbildern aus dem affektiven Spektrum. Anbei finden Sie einige Fragen die im Vorweg mit entsprechenden Patienten beantwortet werden sollten, um die Qualität der Zuweisungen zu erhöhen. In der Regel sollten alle Fragen mit JA beantwortet werden können, damit eine Vorstellung zielführend erscheint. Gerne kann dieser Bogen auch den Patienten zum Termin mitgegeben werden um unsere internen Abläufe zu erleichtern. Bitte beachten Sie, dass aufgrund der hohen Nachfrage lange Wartezeiten entstehen können.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre AG für Stimulationsverfahren in der Psychiatrie

1. Besteht eine therapieresistente affektive Störung? Seit wann?

2. Wurden mindestens 2 Medikamente mit unterschiedlichem Wirkprofil in ausreichender Dosis über mind. 8 Wochen ausprobiert? Welche?

3. Wurde mindestens eine Augmentationsstrategie (Lithium, SD-Hormon, Neuroleptikum) durchgeführt? Welche?

4. Wurden psychotherapeutische Angebote wahrgenommen? Welche?

5. Wurden weitere Therapieverfahren wahrgenommen (z.B. Lichttherapie, Wachtherapie, Sport- o. Ergotherapie, künstlerische Therapie, Psychoedukation, Vagusnervstimulation, Gleichstromstimulation (tDCS), Magnetstimulation (tMS), tiergestützte Therapie, Musiktherapie)? Welche?

6. Es liegen keine somatischen Kontraindikationen vor (z.B. : (sub-)akuter Myokard- o. Hirninfarkt (<3 Monate), schwerste kardio-pulmonale Funktionseinschränkung, therapieresistenter arterieller Hypertonus, erhöhter Hirndruck, intrazerebrale Raumforderung, akuter Glaukomanfall, behandlungsbedürftiges Aneurysma, zerebrales Angiom, Phäochromozytom)

Anmerkungen:

Bitte diesen Bogen dem Patienten mitgeben oder vorab per **Fax an 040 7410 59643** senden.