

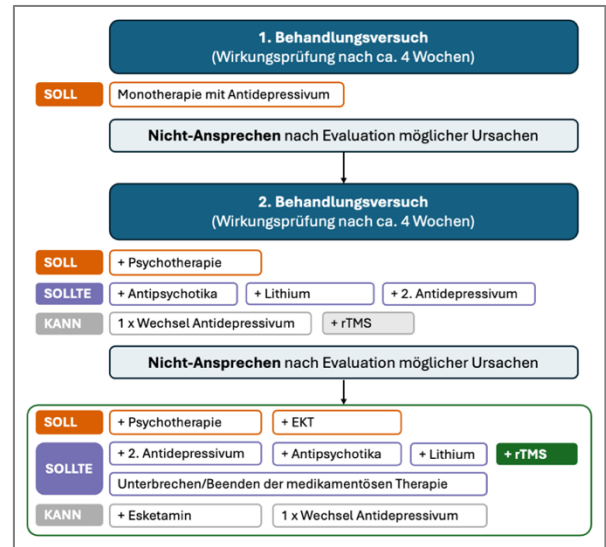
ANMELDEFORMULAR - rTMS

Sehr geehrte Kolleg*in,

vielen Dank, dass Sie eine Behandlung am **Zentrum für Neurostimulation (ZNS^{LMU})** für Ihre Patient*in in Erwägung ziehen.

Aktuell bieten wir an:

- Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) zur Behandlung von Depressionen
- gemäß der „Sollte“-Empfehlung der aktuellen S3-Leitlinie bei Nicht-Ansprechen auf mindestens zwei vorangegangene medikamentöse Therapieversuche (siehe Abbildung)
- Kein Angebot eines erneuten Behandlungsversuchs nach Nicht-Ansprechen auf eine vorherige rTMS-Behandlung
- Keine Behandlung von Patient*innen mit vorbekannter Epilepsie, implantierten Herzschrittmachern oder Cochlea-Implantaten



Für die Prüfung der Behandlungsindikation bitten wir Sie:

- das beiliegende Formular vollständig auszufüllen,
- relevante Behandlungsunterlagen (z. B. Arztbriefe, EEG-, Bildgebungsbefunde) beizulegen,
- sowie die beigefügte Schweigepflichtentbindung unterschreiben zu lassen.
- Schicken Sie uns die Unterlagen dann bitte entweder per Fax (089 4400 55890) oder postalisch (Zentrum für Neurostimulation^{LMU}, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Nußbaumstraße 7, 80336 München) zu

Hinweise:

- Die Schweigepflichtentbindung benötigen wir für eventuelle Rückfragen und zur Information über den weiteren Verlauf.
- Nach Erhalt der Unterlagen prüfen wir zeitnah die Behandlungsindikation.
- Sie erhalten anschließend eine Rückmeldung mit dem Ergebnis und der voraussichtlichen Wartezeit (je nach Nachfrage mehrere Wochen).
- Nach Abschluss der Behandlung (Dauer: 4–6 Wochen) erhalten Sie zudem einen Kurzarztbrief mit den wichtigsten Informationen zum Verlauf.

Vielen Dank und beste Grüße,
Ihr Team des ZNS^{LMU}

Kontaktinformationen der Patient*in

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Hauptdiagnose (ICD-10): _____

Nebendiagnosen (ICD-10): _____

Beginn der aktuellen Erkrankungsepisode (MM/JJ): _____

Zeit seit Ersterkrankung (bitte ankreuzen): ☐ >10 Jahre ☐ >5 Jahre ☐ >2 Jahre

Seit Episodenbeginn erfolgte Behandlungen

Medikamentös (inklusive Augmentations- und Kombinationsbehandlungen)

Beginn (MM/JJ)	Ende (MM/JJ)	Medikament (Wirkstoff)	Maximale Tagesdosis

Psychotherapeutisch

Beginn (MM/JJ)	Ende (MM/JJ)	Therapierichtung (VT/AP/TP/Systemisch)	Einzel/Gruppe	Frequenz (z.B. 1/Wo, 1/Mo)

Psychiatrisches Setting seit Episodenbeginn (bitte ankreuzen):

☐ rein ambulant ☐ tagklinisch/teilstationär ☐ stationär

Seit Erkrankungsbeginn erfolgte Stimulationsbehandlungen

Beginn (MM/JJ)	Ende (MM/JJ)	Methode (EKT/TMS/VNS/DBS/tDCS)

Sicherheitsaspekte (bitte ggf. Vorbefunde mitschicken)

Hinweis: Basierend auf diesen Angaben schätzen wir das Sicherheitsrisiko individuell ein.

- Epileptische Anfälle in der Vorgeschichte bekannt? (**Kontraindikation**) ☐ Ja ☐ Nein
- Epilepsie bei Verwandten 1. Grades bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
- Implantierter Herzschrittmacher? (**Kontraindikation**) ☐ Ja ☐ Nein
- Implantiertes Hörgerät? (**Kontraindikation**) ☐ Ja ☐ Nein
- (Metall-)Implantate im Kopf („Kopfnähe“)? ☐ Ja ☐ Nein
- Z.n. Operation an Gehirn oder Herz? ☐ Ja ☐ Nein
- Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
- Schwere internistische oder neurologische Vorerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
- Schwere Hauterkrankungen mit Manifestation im Kopfbereich? ☐ Ja ☐ Nein

Bevorzugtes Behandlungssetting (Mehrfachauswahl möglich)

☐ ambulant ☐ tagklinisch/teilstationär ☐ stationär

Forschung

Im Rahmen der universitären Forschung führen wir während der Behandlung Begleituntersuchungen (v. a. Fragebogenerhebungen) durch. Alle Patientinnen werden vor Behandlungsbeginn ausführlich informiert und geben ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie dennoch, Ihre Patientinnen vorab darauf hinzuweisen und ihre Haltung hierzu zu erfragen:

Die Patient*in ist grundsätzlich...

- ...mit der Nutzung von Behandlungsdaten zu Forschungszwecken einverstanden. ☐ Ja ☐ Nein
- ...bereit, über weitere Begleituntersuchungen informiert zu werden. ☐ Ja ☐ Nein

Ihre eigene Einschätzung (Behandler*in)

Wie schätzen Sie selbst die Erfolgsaussicht einer TMS-Behandlung bei dieser Patient*in ein?

☐ hoch ☐ moderat ☐ gering ☐ keine Einschätzung möglich

Was erwarten Sie primär von der TMS-Behandlung? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Besserung der Stimmung
- ☐ Verbesserung des Antriebs
- ☐ Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
- ☐ Reduktion von Angst- oder Spannungszuständen
- ☐ Sonstiges: _____
- _____
- _____

Datum**Unterschrift und Praxisstempel**

Gesundheitsfragebogen

(Bitte von Patient*in ausfüllen lassen)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

_____ (Name),

_____ (Anschrift),

_____ (Geburtsdatum),

entbinde hiermit die Ärzte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums,
Nußbaumstraße 7, 80336 München, von der Schweigepflicht gegenüber

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde und Informationen zu meiner
Behandlung mitgeteilt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit
mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in