



Elektrokrampftherapie – Anmeldung

Familienname	Lediger Name
Vorname	Geburtsdatum
Zivilstand: ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/>	
Adresse	PLZ / Wohnort
Tel. Privat	Natel
Krankenkasse / Sektion	Vers.-Nr.
Hausarzt	Ort
Zuweisung durch:	Tel.
Diagnosen	
Medikation	

Ambulante Behandlung: Vorgängige diagnostische Abklärungen bei ambulanter EKT-Behandlung (bitte ausfüllen)

Allergien	
Gewicht / Körpergrösse / BMI	
Laborbefunde (BB, Quick, LFP, NFP, Chemie, Cholinesterase, TSH)	Bitte beilegen.
EKG	Bitte beilegen inkl. Befund
Thorax-Röntgen (bis 6 Monate)	Bitte beilegen inkl. Befund (gemäss Entscheid Anästhesie)
Craniales CT oder MRT	Bitte beilegen inkl. Befund
Weitere empfohlene Befunde	

Datum _____

Unterschrift/Stempel einweisender Arzt