

Anmeldeformular für die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege

Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) ist eine nicht-invasive Behandlungsmethode, die zur Unterstützung der Rehabilitation nach einem ischämischen Hirninfarkt eingesetzt wird. Sie kann insbesondere bei Patientinnen oder Patienten mit Neglect-Symptomatik helfen, indem sie gezielt bestimmte Hirnareale stimuliert und so die Wiederherstellung funktioneller Netzwerke fördert.

Anmeldeformular bitte vollständig ausfüllen:

Angaben zur Patientin/zum Patienten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Adresse:

PLZ/Ort:

Land:

Telefon:

Sprache:

Kommunikation: E-Mail-Adresse Tel.-Nr.

Angehörige/Kontaktperson (optional):

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Medizinische Angaben:

1. Medizinische und rehabilitativ relevante Diagnosen:

2. Risikofaktoren für rTMS:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

- Ja Nein Metallische Objekte/Fremdkörper/Cochleaimplantat im Kopf?
- Ja Nein Herzschrittmacher?
- Ja Nein Tiefe Hirnstimulation?
- Ja Nein Epilepsie?
- Ja Nein Schwangerschaft?

Sollte eine der Fragen mit JA beantwortet werden, so ist eine Behandlung mit rTMS wahrscheinlich **nicht** möglich.
Wir empfehlen eine weitere Abklärung mit einer Ärztin oder einem Arzt der Rehaklinik Zihlschlacht.

3. Aktuelle Medikation:

4. Mobilität & Hilfsmittel:

- Benötigt Gehhilfe Rollstuhl Sonstige Hilfsmittel:

5. Vorherige neurologische Therapien oder Rehabilitationsmassnahmen:

Wurde bereits eine rTMS durchgeführt? Ja Nein

Falls ja, wann und wo?

Einverständniserklärung:

Ich bitte um Kontaktaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten per E-Mail Telefon zur Terminvereinbarung.

Bitte beachten Sie, dass die Kosten aktuell nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Sie haben die Möglichkeit vor Beginn der ersten Behandlungseinheit bequem am Empfang per EC- oder Kreditkarte oder alternativ per Banküberweisung zu zahlen. Wir stehen Ihnen bei Fragen oder zur Terminvereinbarung gerne zur Verfügung.

Datum:

Stempel:

Unterschrift Ärztin/Arzt: