

Anmeldeformular für die transkranielle Pulsstimulation (TPS)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege

Die transkranielle Pulsstimulation (TPS) ist eine moderne, nicht-invasive Behandlungsmethode, die insbesondere bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Alzheimerdemenz eingesetzt wird. Ziel der Therapie ist es, durch gezielte Stimulation bestimmter Hirnregionen die kognitive Leistungsfähigkeit zu unterstützen und so die Lebensqualität der betroffenen Personen zu verbessern.

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. Medizinisch relevante Diagnosen:****2. Risikofaktoren für TPS:**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

☐ Ja ☐ Nein Gerinnungsstörungen?

☐ Ja ☐ Nein Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein Hirntumor?

☐ Ja ☐ Nein Herzschrittmacher?

☐ Ja ☐ Nein Tiefe Hirnstimulation?

☐ Ja ☐ Nein Epilepsie?

☐ Ja ☐ Nein Defekte des Schädelknochens?

☐ Ja ☐ Nein Besteht eine Thrombose der Hirnvenen?

☐ Ja ☐ Nein Metallische Objekte/Fremdkörper/Cochleaimplantat im Kopf?

Sollte eine der Fragen mit JA beantwortet werden, so ist eine Behandlung mit TPS 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 Abklärungen:

Wurde bereits eine Abklärung in einer Memory Klinik 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: