

1 Dokumentationsfall					
1.1 Datum Leistungsabrechnung 101/201:					
1.2 Datum Behandlungsbeginn:					
2 Patientendaten					
2.1 Name:					
2.2 Vorname:					
2.3 Geburtsdatum:					
2.4 Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> intersexuell <input type="radio"/> unbekannt/unklar					
2.5 Familienstand					
<input type="radio"/> ledig					
<input type="radio"/> verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft					
<input type="radio"/> geschieden					
<input type="radio"/> getrennt lebend					
<input type="radio"/> verwitwet					
<input type="radio"/> unbekannt/unklar					
2.6 Staatsangehörigkeit:					
2.7 Migrationshintergrund (Migranten; Kinder von Migranten; Personen, die als Ausländer in Deutschland geboren wurden)					
<input type="radio"/> ja, Land:					
<input type="radio"/> nein					
<input type="radio"/> unbekannt/unklar					
2.8 Beruf (zuletzt ausgeübt):					
3 Kontaktart					
<input type="radio"/> Erstkontakt					
<input type="radio"/> Wiederaufnahme nach Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen					
<input type="radio"/> Wiederaufnahme vor Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen					
<input type="radio"/> unbekannt/unklar					
4 Behandlungssetting					
<input type="radio"/> Notfall/Krisenintervention					
<input type="radio"/> Auftragsleistung (diagnostisch/therapeutisch)					
<input type="radio"/> Vertretung/Überbrückung anderer Behandler					
<input type="radio"/> gerichtliche Behandlungsaufgabe					
<input type="radio"/> Beratung					
<input type="radio"/> Sonstiges:					
<input type="radio"/> unbekannt/unklar					
5 Ambulanzart					
<input type="radio"/> Allgemeinpsychiatrie					
<input type="radio"/> Krisenambulanz					
<input type="radio"/> Gedächtnisambulanz					
<input type="radio"/> Gerontopsychiatrie					
<input type="radio"/> Suchtambulanz					
<input type="radio"/> Substitution					
<input type="radio"/> Geistigbehindertenambulanz					
<input type="radio"/> Psychosomatik					
<input type="radio"/> Sonstige:					
6 Ambulanzdifferenzierung: (Abteilung im Haus)					
.....					
7 Diagnosen (ICD) inkl. Diagnosesicherheit (G, V, Z, A)					
7.1 psychiatrische Diagnose(n)		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
1.	F _ _ . _ _ Klinisch führende Diagnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
5.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	F _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2 neurologische/somatische Diagnose(n)		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
1.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.3 Zusatzdiagnose(n)		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
1.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	_ _ _ . _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legende zu den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit					
G gesicherte Diagnose					
V Verdachtsdiagnose					
Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose					
A ausgeschlossene Diagnose					

8 sprachliche Verständigung				
<input type="radio"/> problemlos				
<input type="radio"/> mit Schwierigkeiten:				
<input type="radio"/> nicht möglich				
9 Selbst- und Fremdgefährdung				
		ja	nein	unbekannt/ unklar
9.1 Suizidversuch	aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2 Suizidalität ohne Suizidversuch	aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.3 sonstiges selbstschädigendes Verhalten	aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4 Fremdgefährdung	aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei mehr als drei Kontakten ⇒ Vollversion verwenden! | nur eine Nennung Mehrfachnennungen

10 Wohnsituation	
<input type="radio"/> Privatwohnung, Wohngemeinschaft (einschließl. betr. Einzelwohnen) Falls angekreuzt → weiter mit Frage 11
<input type="radio"/> therapeutisches/psychiatrisches Heim, gerontopsychiatrisches Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim Falls angekreuzt → weiter mit Frage 12
<input type="radio"/> Altenheim/Pflegeheim.....	Falls angekreuzt → weiter mit Frage 12
<input type="radio"/> betreute Wohngruppe	Falls angekreuzt → weiter mit S. 3 Frage 15
<input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz	Falls angekreuzt → weiter mit S. 3 Frage 15
<input type="radio"/> Sonstiges:	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	Falls angekreuzt → weiter mit S. 3 Frage 15
11 Lebensform	
<i>Nur bearbeiten, falls bei Frage 10 Privatwohnung angekreuzt wurde!</i>	
<input type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner	
<input type="checkbox"/> mit anderen Verwandten	
<input type="checkbox"/> mit Eltern(-teil)	
<input type="checkbox"/> mit Bekannten, Wohngemeinschaft o. Ä.	
<input type="checkbox"/> mit Kind(ern)	
<input type="radio"/> allein	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
12 Heim	
<i>Nur bearbeiten, falls bei Frage 10 therapeutisches/psychiatrisches Heim oder gerontopsychiatrisches Heim oder Heim für geistig Behinderte oder Übergangs-/Wohnheim oder Altenheim/Pflegeheim angekreuzt wurde!</i>	
12.1 Heimsetting	<input type="radio"/> offen <input type="radio"/> geschlossen
12.2 Jahr der ersten Heimaufnahme:	<input type="radio"/> unbekannt/unklar
12.3 Jahr der aktuellen Heimaufnahme:	<input type="radio"/> unbekannt/unklar
12.4 Heimwechsel in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt/unklar

→ weiter mit Seite 3 (Kurzversion – Vernetzung) „15 Veranlassung“

→ Die Fragen „13 CGI“ und „14 GAF“ sowie auf Seite 3 (Kurzversion – Vernetzung) „16 Weiterbehandlung“ und „Datum der letzten Leistungserbringung“ sind beim letzten Termin der Kurzbehandlung bzw. bei der letzten Leistungserbringung auszufüllen.

13 CGI bei Beendigung (im Todesfall CGI beim letzten Kontakt)	
13.1 Teil 1 (Schweregrad)	
Patient ist ...	
<input type="radio"/> 0: nicht beurteilbar	
<input type="radio"/> 1: überhaupt nicht krank	
<input type="radio"/> 2: Grenzfall psychischer Erkrankung	
<input type="radio"/> 3: nur leicht krank	
<input type="radio"/> 4: mäßig krank	
<input type="radio"/> 5: deutlich krank	
<input type="radio"/> 6: schwer krank	
<input type="radio"/> 7: extrem schwer krank	
13.2 Teil 2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung)	
(im Todesfall Verlauf zwischen Beginn und letztem Kontakt)	
Patient ist ...	
<input type="radio"/> 0: nicht beurteilbar	
<input type="radio"/> 1: sehr viel besser	
<input type="radio"/> 2: viel besser	
<input type="radio"/> 3: nur wenig besser	
<input type="radio"/> 4: unverändert	
<input type="radio"/> 5: etwas schlechter	
<input type="radio"/> 6: viel schlechter	
<input type="radio"/> 7: sehr viel schlechter	
14 GAF bei Beendigung (im Todesfall GAF beim letzten Kontakt)	
GAF-Wert:	

→ weiter mit S. 3 (Kurzversion – Vernetzung) „16 Weiterbehandlung“

GAF-Legende	
100 – 91:	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum.
90 – 81:	Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80 – 71:	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z. B. Konzentrationsstörungen nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
70 – 61:	Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z. B. Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60 – 51:	Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
50 – 41:	Ernsthafte Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, unfähig eine Arbeitsstelle zu behalten).
40 – 31:	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten).
30 – 21:	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20 – 11:	Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10 – 01:	Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu schädigen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht
0:	Unzureichende Information.

Name: Vorname: Geburtsdatum: Datum Behandlungsbeginn:	15 Veranlassung der PIA-Behandlung	16 Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung		
ja → <i>Bitte Frage vollständig (A-F) beantworten!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
nein → <i>weiter mit letzter Zeile</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
unbekannt/unklar → <i>weiter mit letzter Zeile</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
A. ambulant				
Niedergelassene				
Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstiger Arzt: <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker): <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ambulanzen	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychotherapeutisch (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
somatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSA (forensische Sicherungsnachsorgeambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. stationär	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. teilstationär	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. komplementär				
geschützter Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ambulante Ergotherapie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Tagesstätte	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
SPDI/GPDI (außer Betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
betreute Wohnformen (z. B. betreutes Wohnen, therapeutische Wohngruppe, Familienpflege, Heim)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Krisendienst	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
häusliche somatische Pflege	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ambulante Soziotherapie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
E. Andere				
Patient selbst	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Angehörige, Bekannte des Patienten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
rechtlicher Betreuer / Bevollmächtigter (wenn nicht Angehöriger)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Amt (z. B. Jugend-/Gesundheitsamt)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bewährungshelfer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
F. Sonstige: <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Datum der letzten Leistungserbringung:	Datum: Unterschrift:			