



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

<b>10 Wohnsituation</b>	
<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
<b>11 Lebensform</b>	
<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	
<b>12 Heim</b>	
<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>	
<b>12.1 Heimsetting</b>	<input type="radio"/> offen <input type="radio"/> geschlossen
<b>12.2 Jahr der ersten Heimaufnahme:</b> .....	<input type="radio"/> unbekannt/unklar
<b>12.3 Jahr der aktuellen Heimaufnahme:</b> .....	<input type="radio"/> unbekannt/unklar
<b>12.4 Heimwechsel in den letzten 12 Monaten</b>	<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.

<b>13 CGI bei Beendigung</b> (im Todesfall CGI beim letzten Kontakt)	
<b>13.1 Teil 1 (Schweregrad)</b>	
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
<b>13.2 Teil 2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung)</b> (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
<b>14 GAF bei Beendigung</b> (im Todesfall GAF beim letzten Kontakt)	
GAF-Wert: .....	

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

<b>GAF-Legende</b>	
<b>100 – 91:</b>	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum.
<b>90 – 81:</b>	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).
<b>80 – 71:</b>	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.
<b>70 – 61:</b>	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.
<b>60 – 51:</b>	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).
<b>50 – 41:</b>	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).
<b>40 – 31:</b>	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).
<b>30 – 21:</b>	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).
<b>20 – 11:</b>	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).
<b>10 – 01:</b>	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
<b>0:</b>	Unzureichende Information.

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