

Bei bis zu drei Kontakten ⇒ Kurzversion verwenden! | Bei Jahresaktualisierung ⇒ Nur mit ^{JA} markierte Fragen bearbeiten! |
 nur eine Nennung Mehrfachnennungen

1 Dokumentationsfall
1.1 Dokumentationsart ^{JA} (nur in der Papierversion) <input type="radio"/> Erstdokumentation dieser Ambulanzbehandlung <input type="radio"/> Jahresaktualisierung
1.2 Datum Leistungsabrechnung 101/201: ^{JA}
1.3 Datum Behandlungsbeginn:
2 Patientendaten
2.1 Name ^{JA} :
2.2 Vorname ^{JA} :
2.3 Geburtsdatum:
2.4 Geschlecht ^{JA} <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> intersexuell <input type="radio"/> unbekannt/unklar
2.5 Familienstand ^{JA} <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 ^{JA} :
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) ^{JA} :
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 ^{JA} <input type="radio"/> Normalfall <input type="radio"/> Notfall/Krisenintervention <input type="radio"/> Auftragsleistung (diagnostisch/therapeutisch) <input type="radio"/> Vertretung/Überbrückung anderer Behandler <input type="radio"/> gerichtliche Behandlungsauflage <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Sonstiges:
<input type="radio"/> unbekannt/unklar
5 Ambulanzart ^{JA} <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: ^{JA} (Abteilung im Haus)
7 Behandlungsform ^{JA} <input type="radio"/> Patient kommt in die PIA <input type="radio"/> Patient wird aufgesucht <input type="radio"/> Mischform <input type="radio"/> unbekannt/unklar (nur bei Behandlungsbeginn)

8 Diagnosen (ICD) inkl. Diagnosesicherheit (G, V, Z, A) ^{JA}				
8.1 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"/>
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"/>
8.2 neurologische/somatische Diagnose(n) ^{JA}	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"/>
8.3 Zusatzdiagnose(n) ^{JA}	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				

9 Pflegegrade ^{JA} <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> unbekannt/unklar
10 anerkannte Behinderung ^{JA} <input type="radio"/> ja, Grad der Behinderung:
<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> unbekannt/unklar

Bei bis zu drei Kontakten ⇒ Kurzversion verwenden! | Bei Jahresaktualisierung ⇒ Nur mit ^{JA} markierte Fragen bearbeiten! |
 nur eine Nennung Mehrfachnennungen

11 Betreuung nach BGB/Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung ^{JA}			
	ja	nein	unbekannt/ unklar
Betreuung nach BGB ^{JA}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorsorgevollmacht ^{JA}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patientenverfügung ^{JA}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 sprachliche Verständigung ^{JA}			
<input type="radio"/> problemlos			
<input type="radio"/> mit Schwierigkeiten:			
<input type="radio"/> nicht möglich			
13 Selbst- und Fremdgefährdung ^{JA}			
	ja	nein	unbekannt/ unklar
13.1 Suizidversuch ^{JA}			
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"/>
13.2 Suizidalität ohne Suizidversuch ^{JA}			
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"/>
13.3 sonstiges selbstschädigendes Verhalten ^{JA}			
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"/>
13.4 Fremdgefährdung ^{JA}			
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"/>
14 Jahr der ersten psychischen Auffälligkeit			
<input type="radio"/> Jahr (notfalls geschätzt JJJJ):			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar			
15 Jahr der ersten psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung überhaupt			
<input type="radio"/> Jahr (notfalls geschätzt JJJJ):			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar			
16 Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen bisher ^{JA}			
Anzahl:			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar			
17 Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate ^{JA}			
Anzahl:			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar			
18 Wohnsituation ^{JA}			
<input type="radio"/> Privatwohnung, Wohngemeinschaft (einschließl. betr. Einzelwohnen) Falls angekreuzt → weiter mit Frage 19			
<input type="radio"/> therapeutisches/psychiatrisches Heim, gerontopsychiatrisches Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim Falls angekreuzt → weiter mit Frage 20			
<input type="radio"/> Altenheim/Pflegeheim Falls angekreuzt → weiter mit Frage 20			
<input type="radio"/> betreute Wohngruppe Falls angekreuzt → weiter mit Frage 21			
<input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz Falls angekreuzt → weiter mit Frage 21			
<input type="radio"/> Sonstiges:			
<input type="radio"/> unbekannt/unklar Falls angekreuzt → weiter mit Frage 21			

19 Lebensform ^{JA}	
<i>Nur bearbeiten, falls bei Frage 18 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	
20 Heim ^{JA}	
<i>Nur bearbeiten, falls bei Frage 18 therapeutisches/psychiatrisches Heim oder gerontopsychiatrisches Heim oder Heim für geistig Behinderte oder Übergangs-/Wohnheim oder Altenheim/Pflegeheim angekreuzt wurde!</i>	
20.1 Heimsetting ^{JA}	
<input type="radio"/> offen	
<input type="radio"/> geschlossen	
20.2 Jahr der ersten Heimaufnahme:	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
20.3 Jahr der aktuellen Heimaufnahme: ^{JA}	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
20.4 Heimwechsel in den letzten 12 Monaten ^{JA}	
<input type="radio"/> ja	
<input type="radio"/> nein	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
21 Häufigkeit sozialer Kontakte in den letzten 7 Tagen ^{JA} (vor dem Dokumentationszeitpunkt)	
<input type="radio"/> mindestens ein Treffen mit Freunden/Bekanntem	
<input type="radio"/> kein Treffen mit Freunden/Bekanntem	
22 höchster erreichter Schulabschluss ^{JA}	
<input type="radio"/> kein Abschluss	
<input type="radio"/> Sonderschulabschluss	
<input type="radio"/> Hauptschulabschluss	
<input type="radio"/> Mittlere Reife	
<input type="radio"/> Polytechnische Oberschule	
<input type="radio"/> (Fach-)Abitur	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
23 höchster erreichter Berufsabschluss ^{JA}	
<input type="radio"/> keiner	
<input type="radio"/> Lehre	
<input type="radio"/> Fach-/Meisterschule	
<input type="radio"/> (Fach-)Hochschule	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	
24 jetzige berufliche Situation ^{JA}	
<input type="radio"/> erwerbstätig, Vollzeit	
<input type="radio"/> erwerbstätig, Teilzeit	
<input type="radio"/> geringfügig beschäftigt (Mini-Job)	
<input type="radio"/> geschützt beschäftigt	
<input type="radio"/> Freiwilliges Soziales Jahr/Ökologisches Jahr/Bundesfreiwilligendienst	
<input type="radio"/> Ausbildung, Umschulung	
<input type="radio"/> Hausfrau/-mann	
<input type="radio"/> Rentner/-in	
<input type="radio"/> ausschließlich ehrenamtlich tätig	
<input type="radio"/> arbeitslos gemeldet	
<input type="radio"/> anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	
<input type="radio"/> Sonstiges:	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar	

Bei bis zu drei Kontakten ⇒ Kurzversion verwenden! | Bei Jahresaktualisierung ⇒ Nur mit ^{JA} markierte Fragen bearbeiten! |
 nur eine Nennung Mehrfachnennungen

<p>25 Lebensunterhalt ^{JA}</p> <p><input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen</p> <p><input type="checkbox"/> Altersrente/Pension</p> <p><input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Rente</p> <p><input type="checkbox"/> Entgeltersatzleistungen (ALG I, Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Verletztengeld, Elterngeld, Übergangsgeld, Insolvenzgeld, Kurzarbeitergeld)</p> <p><input type="checkbox"/> Sozialhilfe/Grundsicherung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung für Arbeitssuchende „Hartz IV“, Sozialgeld)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung (z. B. BAföG)</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung durch Angehörige/Freunde</p> <p><input type="checkbox"/> Vermögen</p> <p><input type="checkbox"/> keine Einkünfte</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/unklar</p>
<p>26 CGI - Teil 1 (Schweregrad) ^{JA}</p> <p>Patient ist ...</p> <p><input type="radio"/> 0: nicht beurteilbar</p> <p><input type="radio"/> 1: überhaupt nicht krank</p> <p><input type="radio"/> 2: Grenzfall psychischer Erkrankung</p> <p><input type="radio"/> 3: nur leicht krank</p> <p><input type="radio"/> 4: mäßig krank</p> <p><input type="radio"/> 5: deutlich krank</p> <p><input type="radio"/> 6: schwer krank</p> <p><input type="radio"/> 7: extrem schwer krank</p>
<p>27 GAF ^{JA}</p> <p>GAF-Wert:</p>

<p>GAF-Legende</p> <p>100 – 91: Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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</p> <p>0: Unzureichende Information.</p>

→ weiter mit Seite 4
 Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung – Vernetzung

Name: Vorname: Geburtsdatum: Datum Behandlungsbeginn:.....	28 Veranlassung der PIA-Behandlung	29 aktuelle Vorbehandlung (vor Aufnahme in die PIA)	30 fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung ^{JA}
ja → <i>Bitte Frage vollständig (A-F) beantworten!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein → <i>weiter mit Datum/Unterschrift</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbekannt/unklar → <i>weiter mit Datum/Unterschrift</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A. ambulant			
Niedergelassene			
Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Arzt: <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker): <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanzen			
	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik
psychiatrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychotherapeutisch (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
somatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSA (forensische Sicherungsnachsorgeambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. stationär			
	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. teilstationär			
	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. komplementär			
geschützter Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulante Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPDI/GPDI (außer Betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
betreute Wohnformen (z. B. betreutes Wohnen, therapeutische Wohngruppe, Familienpflege, Heim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häusliche somatische Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulante Soziotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Andere			
Patient selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige, Bekannte des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechtlicher Betreuer / Bevollmächtigter (wenn nicht Angehöriger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amt (z. B. Jugend-/Gesundheitsamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewährungshelfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Sonstige: <i>Freitext neben Kästchen!</i>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum ^{JA} : Unterschrift ^{JA} :			

nur eine Nennung Mehrfachnennungen

1 Dokumentationsfall					
1.1 Datum Behandlungsbeginn:					
1.2 Datum der letzten Leistungserbringung:					
2 Patientendaten					
2.1 Name:					
2.2 Vorname:					
2.3 Geburtsdatum:					
3 Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung					
<input type="radio"/> reguläre Beendigung/Überweisung <input type="radio"/> Beendigung gegen den Rat des Therapeuten, Fernbleiben <input type="radio"/> Beendigung der gerichtlichen Auflage <input type="radio"/> Abbruch durch den Therapeuten <input type="radio"/> verstorben durch natürliche Ursache/Unfall/Fremdeinwirkung <input type="radio"/> verstorben durch Suizid <input type="radio"/> unbekannt/unklar					
4 Diagnosen (ICD) bei Beendigung inkl. Diagnosesicherheit					
4.1 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"/>
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"/>
4.2 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"/>
4.3 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

5 Wohnsituation bei Beendigung	
(im Todesfall letzte Wohnsituation zu Lebzeiten)	
<input type="radio"/> Privatwohnung, Wohngemeinschaft (einschließlich betr. Einzelwohnen) Falls angekreuzt → weiter mit Frage 7	
<input type="radio"/> therapeutisches/psychiatrisches Heim, gerontopsychiatrisches Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim Falls angekreuzt → weiter mit Frage 6	
<input type="radio"/> Altenheim/Pflegeheim Falls angekreuzt → weiter mit Frage 6	
<input type="radio"/> betreute Wohngruppe Falls angekreuzt → weiter mit Frage 7	
<input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz Falls angekreuzt → weiter mit Frage 7	
<input type="radio"/> Sonstiges:	
<input type="radio"/> unbekannt/unklar Falls angekreuzt → weiter mit Frage 7	

6 Heim bei Beendigung	
Nur bearbeiten, falls bei Frage 5 therapeutisches/ psychiatrisches Heim oder gerontopsychiatrisches Heim oder Heim für geistig Behinderte oder Übergangs-/Wohnheim oder Altenheim/Pflegeheim angekreuzt wurde!	
6.1 Heimsetting	<input type="radio"/> offen <input type="radio"/> geschlossen
6.2 Heimwechsel in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt/unklar

7 CGI bei Beendigung	
(im Todesfall CGI beim letzten Kontakt)	
7.1 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	

7.2 Teil 2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung)	
(im Todesfall Verlauf zwischen Beginn und letztem Kontakt)	
Zustand 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	

8 GAF bei Beendigung	
(im Todesfall GAF beim letzten Kontakt)	
GAF-Wert:	

nur eine Nennung Mehrfachnennungen

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.

nur eine Nennung Mehrfachnennungen

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

Datum:	Unterschrift:
--------------	---------------------

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"/>

10 Wohnsituation

Privatwohnung, Wohngemeinschaft (einschließl. betr. Einzelwohnen)
..... Falls angekreuzt → weiter mit Frage 11

therapeutisches/psychiatrisches Heim, gerontopsychiatrisches Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim
..... Falls angekreuzt → weiter mit Frage 12

Altenheim/Pflegeheim..... Falls angekreuzt → weiter mit Frage 12

betreute Wohngruppe Falls angekreuzt → weiter mit S. 3 Frage 15

ohne festen Wohnsitz Falls angekreuzt → weiter mit S. 3 Frage 15

Sonstiges:

unbekannt/unklar Falls angekreuzt → weiter mit S. 3 Frage 15

11 Lebensform
Nur bearbeiten, falls bei Frage 10 Privatwohnung angekreuzt wurde!

mit (Ehe-)Partner

mit anderen Verwandten

mit Eltern(-teil)

mit Bekannten, Wohngemeinschaft o. Ä.

mit Kind(ern)

allein

unbekannt/unklar

12 Heim
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!

12.1 Heimsetting offen geschlossen

12.2 Jahr der ersten Heimaufnahme:
 unbekannt/unklar

12.3 Jahr der aktuellen Heimaufnahme:
 unbekannt/unklar

12.4 Heimwechsel in den letzten 12 Monaten
 ja nein 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 ...

0: nicht beurteilbar

1: überhaupt nicht krank

2: Grenzfall psychischer Erkrankung

3: nur leicht krank

4: mäßig krank

5: deutlich krank

6: schwer krank

7: extrem schwer krank

13.2 Teil 2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung)
(im Todesfall Verlauf zwischen Beginn und letztem Kontakt)

Patient ist ...

0: nicht beurteilbar

1: sehr viel besser

2: viel besser

3: nur wenig besser

4: unverändert

5: etwas schlechter

6: viel schlechter

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 ernsthafte 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:			