

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 <small>(im Todesfall letzte Wohnsituation zu Lebzeiten)</small>	
<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 <small>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!</small>	
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 <small>(im Todesfall CGI beim letzten Kontakt)</small>	
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) <small>(im Todesfall Verlauf zwischen Beginn und letztem Kontakt)</small>	
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 <small>(im Todesfall GAF beim letzten Kontakt)</small>	
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>	<input type="checkbox"/>	
sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker): <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/>	
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>	<input type="checkbox"/>	

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