

Patientenangaben - Behandlungsende

6. Allgemeine Veränderungsdokumentation Psychotherapie

Name _____

Datum

--	--	--	--	--	--

Sie stehen nun am Ende Ihrer psychotherapeutischen Behandlung. Daher möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen nacheinander durchzulesen und anzugeben, ob während *dieser* Psychotherapie bezüglich der genannten Problembereiche Veränderungen eingetreten sind. Dabei geht es um die Problembereiche/Befindensstörungen, die Sie in die Behandlung geführt haben. Kreuzen Sie bitte jeweils an, welches Ausmaß die Veränderung hat. Sie kommen dabei nicht umhin, Einschätzungen in einer stark vereinfachten Weise zu geben ("Im Großen und Ganzen"). Trifft ein Problembereich für Sie überhaupt nicht zu, kreuzen Sie bitte die Aussage "War nicht mein Problem" an.

Beispiel: Für einen Patienten am Abschluß der Behandlung könnte folgendes zutreffen

Er kam mit erheblichen Schmerzen in unterschiedlichen Körperbereichen zur Aufnahme, die ihn daran hinderten, zu arbeiten und seine Freizeit aktiv zu gestalten. Er nahm wechselnde Mengen von Schmerzmitteln ein. Er ging fast täglich zum Arzt und berichtete dort auch von gelegentlichen Durchfällen. Außerdem fühlte er sich bei Aufnahme immer müde, interesselos und ist gegenüber allem Neuen ängstlich. Eine körperliche Diagnose konnte nicht gesichert werden.

Jetzt am Ende des Behandlungsabschnittes kommt er sicher ohne Schmerzmittel aus. Er berichtet, die Schmerzen seien inzwischen "erträglich". Weitere Körperbeschwerden bestehen nicht mehr. Er kann aber nach wie vor nicht arbeiten, da er sich vor den gestellten Anforderungen fürchtet und sich immer noch kraftlos fühlt. Außerdem hat er Angst, wenn er sich "überfordert", würden die Schmerzen wieder schlimmer.

Beispiel-Kodierung

1. Körperliche Befindensstörung	2. Psychische Befindensstörung
<i>Wie hat sich die Störung Ihres körperlichen Befindens (körperliche Symptomatik) verändert?</i>	<i>Wie hat sich die Störung Ihres seelischen Befindens (psychische Symptomatik) verändert?</i>
deutlich gebessert 6 <input type="checkbox"/>	deutlich gebessert 6 <input type="checkbox"/>
etwas gebessert 5 <input checked="" type="checkbox"/>	etwas gebessert 5 <input type="checkbox"/>
nicht verändert 4 <input type="checkbox"/>	nicht verändert 4 <input checked="" type="checkbox"/>
etwas verschlechtert 3 <input type="checkbox"/>	etwas verschlechtert 3 <input type="checkbox"/>
deutlich verschlechtert 2 <input type="checkbox"/>	deutlich verschlechtert 2 <input type="checkbox"/>
nicht zu beurteilen 1 <input type="checkbox"/>	nicht zu beurteilen 1 <input type="checkbox"/>
war nicht mein Problem 0 <input type="checkbox"/>	war nicht mein Problem 0 <input type="checkbox"/>

1. Körperliche Befindensstörung

Wie hat sich die Störung Ihres körperlichen Befindens (körperliche Symptomatik) verändert?

deutlich gebessert	6	<input type="checkbox"/>
etwas gebessert	5	<input type="checkbox"/>
nicht verändert	4	<input type="checkbox"/>
etwas verschlechtert	3	<input type="checkbox"/>
deutlich verschlechtert	2	<input type="checkbox"/>
nicht zu beurteilen	1	<input type="checkbox"/>
war nicht mein Problem	0	<input type="checkbox"/>

2. Psychische Befindensstörung

Wie hat sich die Störung Ihres seelischen Befindens (psychische Symptomatik) verändert?

deutlich gebessert	6	<input type="checkbox"/>
etwas gebessert	5	<input type="checkbox"/>
nicht verändert	4	<input type="checkbox"/>
etwas verschlechtert	3	<input type="checkbox"/>
deutlich verschlechtert	2	<input type="checkbox"/>
nicht zu beurteilen	1	<input type="checkbox"/>
war nicht mein Problem	0	<input type="checkbox"/>

3. Selbstwernerleben/Selbstannahme

Wie hat sich Ihr Selbstwernerleben, Ihre Selbstannahme verändert? Mögen Sie sich jetzt mehr oder eher weniger?

deutlich gebessert	6	<input type="checkbox"/>
etwas gebessert	5	<input type="checkbox"/>
nicht verändert	4	<input type="checkbox"/>
etwas verschlechtert	3	<input type="checkbox"/>
deutlich verschlechtert	2	<input type="checkbox"/>
nicht zu beurteilen	1	<input type="checkbox"/>
war nicht mein Problem	0	<input type="checkbox"/>

4. Soziale Probleme

Wie haben sich Ihre sozialen Probleme (wie z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme) verändert?

deutlich gebessert	6	<input type="checkbox"/>
etwas gebessert	5	<input type="checkbox"/>
nicht verändert	4	<input type="checkbox"/>
etwas verschlechtert	3	<input type="checkbox"/>
deutlich verschlechtert	2	<input type="checkbox"/>
nicht zu beurteilen	1	<input type="checkbox"/>
war nicht mein Problem	0	<input type="checkbox"/>

5. Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich

Wie haben sich Ihre Beziehungen zu Personen im privaten Bereich, die Ihnen sehr wichtig sind, verändert (Eltern, Partner, Kinder, Freunde etc.)?

- | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|
| deutlich gebessert | 6 | <input type="checkbox"/> |
| etwas gebessert | 5 | <input type="checkbox"/> |
| nicht verändert | 4 | <input type="checkbox"/> |
| etwas verschlechtert | 3 | <input type="checkbox"/> |
| deutlich verschlechtert | 2 | <input type="checkbox"/> |
| nicht zu beurteilen | 1 | <input type="checkbox"/> |
| war nicht mein Problem | 0 | <input type="checkbox"/> |

6. Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich

Wie haben sich die Einstellungen oder auch die Beziehungen zu Personen im beruflichen Bereich, die Ihnen sehr wichtig sind, verändert (Vorgesetzte, Kollegen)?

- | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|
| deutlich gebessert | 6 | <input type="checkbox"/> |
| etwas gebessert | 5 | <input type="checkbox"/> |
| nicht verändert | 4 | <input type="checkbox"/> |
| etwas verschlechtert | 3 | <input type="checkbox"/> |
| deutlich verschlechtert | 2 | <input type="checkbox"/> |
| nicht zu beurteilen | 1 | <input type="checkbox"/> |
| war nicht mein Problem | 0 | <input type="checkbox"/> |

7. Eigenständige Handlungskompetenz/Psychosoziale Fähigkeiten

Wie hat sich die Möglichkeit zur Eigenaktivität und zur Übernahme von Verantwortung für Ihr Leben verändert (z.B. Kontaktfähigkeit, Durchsetzungsvermögen)?

- | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|
| deutlich gebessert | 6 | <input type="checkbox"/> |
| etwas gebessert | 5 | <input type="checkbox"/> |
| nicht verändert | 4 | <input type="checkbox"/> |
| etwas verschlechtert | 3 | <input type="checkbox"/> |
| deutlich verschlechtert | 2 | <input type="checkbox"/> |
| nicht zu beurteilen | 1 | <input type="checkbox"/> |
| war nicht mein Problem | 0 | <input type="checkbox"/> |

8. Krankheitsverständnis

Wie hat sich Ihr Krankheitsverständnis verändert? Spüren Sie die Fähigkeit, in Ihrem Leben durch eigene Aktivität Veränderungen herbeiführen zu können, weil Sie verstanden haben, worunter Sie leiden bzw. welches Ihre Probleme sind?

- | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|
| deutlich gebessert | 6 | <input type="checkbox"/> |
| etwas gebessert | 5 | <input type="checkbox"/> |
| nicht verändert | 4 | <input type="checkbox"/> |
| etwas verschlechtert | 3 | <input type="checkbox"/> |
| deutlich verschlechtert | 2 | <input type="checkbox"/> |
| nicht zu beurteilen | 1 | <input type="checkbox"/> |
| war nicht mein Problem | 0 | <input type="checkbox"/> |

9. Zukunftsorientierung

Wie hat sich Ihre Einstellung gegenüber Ihrer Zukunft verändert (bezüglich grundsätzlich durchführbaren Zukunftsplänen)?

- | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|
| deutlich gebessert | 6 | <input type="checkbox"/> |
| etwas gebessert | 5 | <input type="checkbox"/> |
| nicht verändert | 4 | <input type="checkbox"/> |
| etwas verschlechtert | 3 | <input type="checkbox"/> |
| deutlich verschlechtert | 2 | <input type="checkbox"/> |
| nicht zu beurteilen | 1 | <input type="checkbox"/> |
| war nicht mein Problem | 0 | <input type="checkbox"/> |

10. Psychisches Wohlbefinden

Wie hat sich Ihr allgemeines seelisches Wohlbefinden verändert?

- | | | |
|-------------------------|---|--------------------------|
| deutlich gebessert | 6 | <input type="checkbox"/> |
| etwas gebessert | 5 | <input type="checkbox"/> |
| nicht verändert | 4 | <input type="checkbox"/> |
| etwas verschlechtert | 3 | <input type="checkbox"/> |
| deutlich verschlechtert | 2 | <input type="checkbox"/> |
| nicht zu beurteilen | 1 | <input type="checkbox"/> |
| war nicht mein Problem | 0 | <input type="checkbox"/> |

Zu den nächsten Fragen bitte umblättern

11. Medikation bei Behandlungsende

Nehmen Sie jetzt am Ende Ihrer Behandlung noch täglich oder gelegentlich Medikamente ein?

ja 1 nein 0

Wenn ja, welche?

(Bitte nennen Sie auch alle naturheilkundlichen Medikamente)

		Bitte ankreuzen	
		täglich	gelegentlich
(1) _____	11	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
(2) _____	21	<input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>
(3) _____	31	<input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>
(4) _____	41	<input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>
(5) _____	51	<input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>
(6) _____	61	<input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>
(7) _____	71	<input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>
(8) _____	81	<input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>

Wenn Sie Schmerzmittel, Beruhigungsmittel oder Schlafmittel am Ende Ihrer psychotherapeutischen Behandlung einnehmen, sind diese Ihrem Eindruck nach im wesentlichen derzeit für Sie:

unverzichtbar 3

wichtig 2

schädlich 1

Kann ich nicht beurteilen 0

12. Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende
--

Halten Sie sich am Ende Ihrer psychotherapeutischen Behandlung für grundsätzlich arbeitsfähig?

Ja 1

Nein 0

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit
in Wochen

13. Abschließende Beurteilung der Behandlung
--

Hat sich diese Behandlung für Sie gelohnt?

sehr gelohnt 5

gelohnt 4

unentschieden 3

nicht gelohnt 2

eher geschadet 1

Vielen Dank !