

Therapeutenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn

2.1. Patienten - Wiederaufnahme ja nein

Name _____

Datum

Vorname _____

P. - Chiffre

2.2. Zuweiser/Einweiser

Name _____

Arzt - Nr.

(KV - Nr.)

Adresse
(fakultativ) _____

2.3. Vermittlung der Behandlung durch

- | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Allgemeinarzt/Praktischer Arzt | 8 <input type="checkbox"/> | geplante Wiederaufnahme (Klinik) |
| 2 <input type="checkbox"/> | Psychiater/Nervenarzt | 9 <input type="checkbox"/> | andere Klinik |
| 3 <input type="checkbox"/> | Arzt für Psychotherapeutische Medizin | 10 <input type="checkbox"/> | Beratungsstelle |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ärztlicher Psychotherapeut | 11 <input type="checkbox"/> | nicht-ärztlicher Psychotherapeut |
| 5 <input type="checkbox"/> | Internist | 12 <input type="checkbox"/> | Gesundheitsamt/Ordnungsamt/Sozialamt |
| 6 <input type="checkbox"/> | Sonstiger Facharzt | 13 <input type="checkbox"/> | Patient selbst |
| 7 <input type="checkbox"/> | Kostenträger/Leistungsträger | 14 <input type="checkbox"/> | unbekannt/sonstiges |

2.4. Psychotherapeutische/psychiatrische Diagnosen

	Hauptdiagnosen ICD-9	Zusatz	Sicherheit	Hauptdiagnosen ICD-10
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Zeit seit Erstmanifestation der 1. psychotherapeutischen/psychiatrischen Diagnose in Monaten

2.5. Somato-medizinische Diagnosen

	Hauptdiagnosen ICD-9	Zusatz	Sicherheit	Hauptdiagnosen ICD-10
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Zusatz
0 = kein Zusatz
1 = z. Z. erscheinungsfrei
2 = aktueller Schub/Rezidiv
3 = chronisch progredient
4 = Zustand nach

Sicherheit:
0 = gesicherte Diagnose
1 = Verdachtsdiagnose
2 = Differentialdiagnose

Therapeutenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn

2.6. Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Beurteilung für: letzte 7 Tage	Skalierung	Beurteilung für: letzte 12 Monate
Körperlich <input type="checkbox"/>	0 = gar nicht	Körperlich <input type="checkbox"/>
Psychisch <input type="checkbox"/>	1 = geringfügig	Psychisch <input type="checkbox"/>
Sozialkommunikativ <input type="checkbox"/>	2 = deutlich	Sozialkommunikativ <input type="checkbox"/>
	3 = stark	
	4 = extrem	

2.7. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

I. Die letzten 7 Tage

II. Der max. GAF (über mindestens 1 Woche) während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn

Skalierung (Zwischenstufen sind möglich)
 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
 70 = Leichte Beeinträchtigung
 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

2.8. Vorbehandlungen

I. Ambulant

Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen/psychiatrischen Vorbehandler 00 = keine
99 = unbekannt

II. Stationär

Dauer der stationären *psychosomatisch-psychotherapeutischen* Vorbehandlungen (in Monaten) 000 = keine
999 = unbekannt

Dauer der stationären *psychiatrischen* Vorbehandlungen (in Monaten)

2.9. Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in der Anamnese (insgesamt)

1 keine

2 bis zu 5 Std.

3 6 - 25 Std.

4 26 - 160 Std.

5 161 - 300 Std.

6 > 300 Std.