

Therapeutenangaben - Therapiebeginn

3.2. Allgemeine Veränderungsdokumentation Psychotherapie

Patientenkennziffer

Datum

Wir bitten Sie, zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns Ihres Patienten einzuschätzen, welche Bedeutung Sie der Veränderung bestimmter Befindensstörungen/Problembereiche durch *diese* psychotherapeutische Behandlung beimessen. Für wie wichtig halten Sie es, die nachfolgend genannten Problembereiche mit Ihrem Patienten zu bearbeiten?

Dabei werden Sie notwendigerweise Globaleinschätzungen von teilweise differenzierten Problembereichen geben.

Ankerbeispiel

Ihr Patient kommt mit erheblichen Schmerzen wechselnder Lokalisation zur Aufnahme, die ihn daran hindern, zu arbeiten und seine Freizeit aktiv zu gestalten. Es werden wechselnde Mengen von Schmerzmitteln eingenommen. Er geht fast täglich zum Arzt und berichtete dort auch von gelegentlichen Durchfällen. Außerdem fühlt sich Ihr Patient bei Aufnahme immer müde, interesselos, sowie gegenüber allem Neuen auch ängstlich. Eine somatische Diagnose konnte nicht gesichert werden.

Beispiel-Kodierung

1. Körperliche Befindensstörung

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung des körperlichen Befindens (körperliche Symptomatik) des/der Patienten/in?

- | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

2. Psychische Befindensstörung

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung des psychischen Befindens (psychische Symptomatik) des/der Patienten/in?

- | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

1. Körperliche Befindensstörung

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung des körperlichen Befindens (körperliche Symptomatik) des/der Patienten/in?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

2. Psychische Befindensstörung

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung des psychischen Befindens (psychische Symptomatik) des/der Patienten/in?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

3. Selbstwernerleben/Selbstannahme

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung des Selbstwernerlebens, der Selbstannahme des/der Patienten/in?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

4. Soziale Probleme

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung der sozialen Probleme (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme) des/der Patienten/in?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

5. Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung der Beziehungen zu bedeutsamen Personen im privaten Bereich des/der Patienten/in?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

6. Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung der Einstellungen oder auch Beziehungen zu bedeutsamen Personen im beruflichen Bereich des/der Patienten/in?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

7. Eigenständige Handlungskompetenz/Psychosoziale Fähigkeiten

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung der Verhaltenseinstellung des/der Patienten/in hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung, Eigenaktivität (z.B. Kontaktfähigkeit, soziale Kompetenz, Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen)?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

8. Krankheitsverständnis

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung des Konfliktverständnisses/Psychogeneseverständnisses des/der Patienten/in (Veränderungsbereitschaft im Zusammenhang mit geplanten Folgemaßnahmen und vorgestellten sozialen Veränderungsschritten)?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| extrem wichtig | 5 | <input type="checkbox"/> |
| sehr wichtig | 4 | <input type="checkbox"/> |
| wichtig | 3 | <input type="checkbox"/> |
| wenig wichtig | 2 | <input type="checkbox"/> |
| unwichtig | 1 | <input type="checkbox"/> |
| kein relevanter Problembereich | 0 | <input type="checkbox"/> |

9. Zukunftsorientierung

10. Psychisches Wohlbefinden

Wie wichtig ist es Ihnen, daß sich die Einstellung des/der Patienten/in gegenüber seiner/ihrer Zukunft verändert (bezüglich grundsätzlich realisierbaren Zukunftsentwürfen und aktiver Kontrollerwartung)?

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung des allgemeinen psychischen Wohlbefindens des/der Patienten/in?

extrem wichtig 5

extrem wichtig 5

sehr wichtig 4

sehr wichtig 4

wichtig 3

wichtig 3

wenig wichtig 2

wenig wichtig 2

unwichtig 1

unwichtig 1

kein relevanter Problembereich 0

kein relevanter Problembereich 0

Zur letzten Frage bitte umblättern

**11. Medikation bei Therapiebeginn
Medikation bei Therapieende**

11. entfällt, da keine Medikamenteneinnahme

Die Medikation wird mit Hilfe einer vierstelligen Codierung beschrieben: Die ersten zwei Ziffern beschreiben das Medikament, die dritte Ziffer beschreibt die Einnahmedauer und die vierte die Hauptzielsetzung der Medikationsplanung.

Beispiel: Die hormonelle Kontrazeption besteht seit Jahren und wird beibehalten (= 0431), die ursprüngliche Laxantienmedikation besteht seit Monaten und wird während des Aufenthaltes vollständig abgesetzt (=1424), die bisher injizierte Neuroleptika-Medikation besteht seit Wochen und wird auf orale Gabe umgestellt (=2312).

Medikament (Ziffer 1+2)

- 01 = Kardiaka, Antiarrhythmika
- 02 = Antihypertensiva
- 03 = Elektrolyte
- 04 = Hormone (außer Insulin)
- 05 = Antidiabetika (oral)
- 06 = Insulin
- 07 = Bronchospasmolytika und andere Sympathikomimetika
- 08 = Antibiotika, Chemotherapeutika
- 09 = Salazosulfapyridine
- 10 = Antikoagulantien, Aggregationshemmer
- 11 = Magen-/Darmpräparate (ohne Enzyme)
- 12 = Verdauungsenzyme
- 13 = Lipidsenker
- 14 = Laxantien
- 15 = Diuretika
- 16 = Gichtmittel
- 17 = Antiallergika
- 18 = Zytostatika u.a. Immunsuppressiva
- 19 = Externa (dermat. Medikamente usw.)
- 20 = andere aus 01 bis 19
- 21 = Antidepressiva
- 22 = Lithium bzw. Carbamazepin (Rezidivprophylaxe bei affektiven Störungen)

- 23 = Neuroleptika (nur antipsychotische Zielsetzung)
- 24 = Tranquilizer
- 25 = Neuroleptika mit Tranquilizer-Zielsetzung
- 26 = Hypnotika
- 27 = Antikonvulsiva
- 28 = Hirnstoffwechselaktive Medikamente
- 29 = Parkinsonmittel u.a. Hyperkinetika
- 30 = Analgetika
- 31 = nicht-steroidale Antiphlogistika und Spasmolytika
- 32 = andere aus 21 bis 31
- 33 = Homöopathie, Phytotherapeutika

Einnahmedauer (Ziffer 3)

- 1 = Wochen
- 2 = Monate
- 3 = Jahre

Zielsetzung (Ziffer 4)

- 1 = Aufrechterhaltung
- 2 = Einstellung oder Umstellung
- 3 = Reduktion
- 4 = Absetzen

Die folgenden Medikamente wurden bei Therapiebeginn (noch) eingenommen unter den angegebenen Zielsetzungen

Medikament (Handelsname)	Medikament (Ziffer 1+2)	Dauer (Ziffer 3)	Zielsetzung (Ziffer 4)	Nach der Therapie einschätzen		
				Ziel erreicht?		
				ja	nein	<input type="checkbox"/>
(1) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>
(2) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>
(3) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>
(4) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>
(5) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>
(6) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>
(7) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>
(8) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!