

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)

- ☐ Erstdokumentation dieser Ambulanzbehandlung
☐ 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} ☐ männlich ☐ weiblich
☐ intersexuell ☐ unbekannt/unklar**2.5 Familienstand** ^{JA}

- ☐ ledig
☐ verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft
☐ geschieden
☐ getrennt lebend
☐ verwitwet
☐ unbekannt/unklar

2.6 Staatsangehörigkeit ^{JA}:**2.7 Migrationshintergrund** (Migranten; Kinder von Migranten; Personen, die als Ausländer in Deutschland geboren wurden)

- ☐ ja, Land:
☐ nein
☐ unbekannt/unklar

2.8 Beruf (zuletzt ausgeübt) ^{JA}:**3 Kontaktart**

- ☐ Erstkontakt
☐ Wiederaufnahme nach Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen
☐ Wiederaufnahme vor Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen
☐ unbekannt/unklar

4 Behandlungssetting ^{JA}

- ☐ Normalfall
☐ Notfall/Krisenintervention
☐ Auftragsleistung (diagnostisch/therapeutisch)
☐ Vertretung/Überbrückung anderer Behandler
☐ gerichtliche Behandlungsauflage
☐ Beratung
☐ Sonstiges:
☐ unbekannt/unklar

5 Ambulanzart ^{JA}

- ☐ Allgemeinpsychiatrie
☐ Krisenambulanz
☐ Gedächtnisambulanz
☐ Gerontopsychiatrie
☐ Suchtambulanz
☐ Substitution
☐ Geistigbehindertenambulanz
☐ Psychosomatik
☐ Sonstige:

6 Ambulanzdifferenzierung: ^{JA} (Abteilung im Haus)**7 Behandlungsform** ^{JA}

- ☐ Patient kommt in die PIA
☐ Patient wird aufgesucht
☐ Mischform
☐ 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}

- ☐ keine
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ unbekannt/unklar

10 anerkannte Behinderung ^{JA}

- ☐ ja, Grad der Behinderung:
☐ nein
☐ 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"/>
	vor den letzten 12 Monaten	<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"/>
	vor den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.3 sonstiges selbst-schädigendes Verhalten ^{JA}	aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	vor den letzten 12 Monaten	<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"/>
	vor den letzten 12 Monaten	<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}	
Nur bearbeiten, falls bei Frage 18 Privatwohnung angekreuzt wurde!	
<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}	
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!	
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/Bekannten	
<input type="radio"/> kein Treffen mit Freunden/Bekannten	
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

25 Lebensunterhalt ^{JA}

- ☐ Erwerbseinkommen
☐ Altersrente/Pension
☐ Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente
☐ sonstige Rente
☐ Entgeltersatzleistungen (ALG I, Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Verletztengeld, Elterngeld, Übergangsgeld, Insolvenzgeld, Kurzarbeitergeld)
☐ Sozialhilfe/Grundsicherung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung für Arbeitssuchende „Hartz IV“, Sozialgeld)
☐ Ausbildungsförderung (z. B. BAföG)
☐ Unterhaltsleistungen
☐ Unterstützung durch Angehörige/Freunde
☐ Vermögen
☐ keine Einkünfte
☐ Sonstiges:
☐ unbekannt/unklar

26 CGI - Teil 1 (Schweregrad) ^{JA}

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

27 GAF ^{JA}

GAF-Wert:

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:** Ernsthaftige 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.

→ 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="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	andere Klinik	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSA (forensische Sicherungsnachsorgeambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>		<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"/>					
Angehörige, Bekannte des Patienten	<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"/>	
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)

- ☐ Privatwohnung, Wohngemeinschaft(einschließlich betr. Einzelwohnen)
 **Falls angekreuzt → weiter mit Frage 7**
☐ therapeutisches/psychiatrisches Heim, gerontopsychiatrisches
 Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim
 **Falls angekreuzt → weiter mit Frage 6**
☐ Altenheim/Pflegeheim **Falls angekreuzt → weiter mit Frage 6**
☐ betreute Wohngruppe **Falls angekreuzt → weiter mit Frage 7**
☐ ohne festen Wohnsitz **Falls angekreuzt → weiter mit Frage 7**
☐ Sonstiges:
☐ 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** ☐ offen
☐ geschlossen
6.2 Heimwechsel in den letzten 12 Monaten
☐ ja
☐ nein
☐ unbekannt/unklar

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

7.2 Teil 2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung)

(im Todesfall Verlauf zwischen Beginn und letztem Kontakt)

Zustand 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

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 Gewaltausübung) 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) → weiter mit Dat./Unterschrift	<input type="radio"/>	
ja → Bitte Frage vollständig [A-F] beantworten!	<input type="radio"/>	
nein → weiter mit Datum/Unterschrift	<input type="radio"/>	
unbekannt/unklar → weiter mit Datum/Unterschrift	<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: