

Fragebogen Behandlungsbeginn

Dokumentation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
01	Datum der Leistungsabrechnung 109/209		Tag der Abrechnung der Pauschale für die AmBADO-Dokumentation (ärztliche und psychotherapeutische Gesprächszeit sind davon nicht erfasst). Die Abrechnung ist grundsätzlich einmal im Jahr möglich, es sei denn, dass beim Patienten die Kriterien des "neuen Falles" gegeben sind. Diese Leistung ist nicht auf andere Berufsgruppen delegierbar.	

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
02	Behandlungssetting	<input type="radio"/> Normalfall (fachärztliche Überweisung) <input type="radio"/> direkte Überleitung aus stationärer Behandlung		

Patienteninformationen

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
03	Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
04	Wohnsituation	<input type="radio"/> Privatwohnung, einschl. privater Wohngemeinschaft <input type="radio"/> betreute Wohngruppe, betreutes Einzelwohnen, Heim <input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
04a	Lebensform	<input type="radio"/> mit (Ehe-)Partner/Kindern mit Eltern(-teil)/mit Verwandten/mit Bekannten/Freunden/Wohngemeinschaft o.ä. <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
05	Migrationshintergrund	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt/unklar	Migrationshintergrund: eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn: sie selbst oder mind. ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit durch Geburt nicht selbst besitzt.	

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
05a	Herkunftsländer	_____		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
06	Höchster erreichter Schulabschluss	<input type="radio"/> kein Abschluss <input type="radio"/> noch in schulischer Ausbildung <input type="radio"/> Förderschulabschluss (jeglicher Ausprägung) <input type="radio"/> Mittelschul-/qualifizierender Mittelschulabschluss <input type="radio"/> mittlerer Bildungsabschluss/Polytechnische Oberschule <input type="radio"/> (Fach-)Abitur <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
07	Höchster erreichter Berufsabschluss	<input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> Lehre <input type="radio"/> Fach-/Meisterschule <input type="radio"/> (Fach-)Hochschule <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
08	Jetzige berufliche Situation	<input type="checkbox"/> erwerbstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> erwerbstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt (Mini-Job) <input type="checkbox"/> geschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> Freiwilliges Soziales Jahr/Ökologisches Jahr/Bundesfreiwilligendienst <input type="checkbox"/> Ausbildung, Studium <input type="checkbox"/> Hausmann/-frau <input type="checkbox"/> Rentner/-in <input type="checkbox"/> ausschließlich ehrenamtlich tätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend gemeldet <input type="checkbox"/> anderweitig ohne berufliche Beschäftigung <input type="checkbox"/> laufendes Rentenverfahren <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
09	Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Altersrente/Pension/sonstige Rente <input type="checkbox"/> Entgeltersatzleistungen <input type="checkbox"/> Sozialhilfe/Grundsicherung <input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung (z. B. BAföG) <input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen/Unterstützung durch Angehörige/Freunde <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> kein regelmäßiges Einkommen <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar	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	

Aktuelle psychische und somatische Anamnese

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
10	Aktuelle medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/> Nicht-Opioide <input type="checkbox"/> Analgetika/Antiphlogistika <input type="checkbox"/> Opioide <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> Tranquilizer <input type="checkbox"/> Stimulantien <input type="checkbox"/> weitere Medikamente zur Behandlung somatischer Erkrankungen <input type="checkbox"/> keine		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
11	Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
12	Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
12a	Wie lange bestand während der letzten 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit?	__ (Anzahl der Wochen)		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
13	Ist bekannt, in welchem Jahr die ersten psychischen Symptome mit Störungscharakter aufgetreten sind?	0 ja 0 nein		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
13a	Jahr der ersten psychischen Symptome mit Störungscharakter (ggf. Schätzwert)	____ (Jahr)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
14	Ist in der Vergangenheit bereits eine psychiatrische/psychosomatische Behandlung erfolgt?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
14a	Jahr der ersten psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung überhaupt (ggf. Schätzwert)	____ (Jahr)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
15	Erfolgten in der Vergangenheit bereits (teil-) stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlungen?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
15a	Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen bisher (ggf. Schätzwert)	__ (Anzahl)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
16	Erfolgten innerhalb der letzten 12 Monate (teil-) stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlungen?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
16a	Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate (ggf. Schätzwert)	__ (Anzahl)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
17	Bestehen körperliche Beschwerden mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
17a	Beginn der körperlichen Beschwerden mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild (ggf. Schätzwert)	---- (Jahr)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
18	Erfolgte eine somatische Behandlung der aktuellen Beschwerden?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
18a	Beginn der somatischen Behandlung der aktuellen Beschwerden (ggf. Schätzwert)	____ (Jahr)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
19	Erfolgt bereits somatische (teil-) stationäre Behandlungen aufgrund von körperlichen Problemen mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
19a	Anzahl somatischer (teil-) stationärer Behandlungen aufgrund von körperlichen Problemen mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild	__ (Anzahl)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
20	Erfolgt somatische (teil-) stationäre Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund von körperlichen Problemen mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
20a	Anzahl somatischer (teil-) stationärer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund von	__ (Anzahl)		

	körperlichen Problemen mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild			
--	---	--	--	--

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
21	Psychische Störung(en) (ICD-10)	F __ . __ + Diagnosesicherheit F __ . __ + Diagnosesicherheit F __ . __ + Diagnosesicherheit F __ . __ + Diagnosesicherheit F __ . __ + Diagnosesicherheit	An erster Stelle ist die klinisch führende Diagnose anzugeben Legende zu den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit G: gesicherte Diagnose V: Verdachtsdiagnose Z: (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose A: ausgeschlossene Diagnose	Offene Anzahl an Eingabemöglichkeiten

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
22	Somatische Diagnose(n) (ICD-10)	__ . __ + Diagnosesicherheit __ . __ + Diagnosesicherheit __ . __ + Diagnosesicherheit __ . __ + Diagnosesicherheit __ . __ + Diagnosesicherheit	Legende zu den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit G: gesicherte Diagnose V: Verdachtsdiagnose Z: (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose A: ausgeschlossene Diagnose	Offene Anzahl an Eingabemöglichkeiten

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
23	Sprachliche Verständigung	0 problemlos 0 mit Schwierigkeiten 0 nicht möglich		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
24	Global assessment of functioning	__ (GAF-Wert)	xx	

Initiierung der PsIA-Behandlung

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
25	Aus welchem Versorgungsbereich erfolgte die Initiierung der aktuellen PsIA-Behandlung?	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär/teilstationär <input type="checkbox"/> durch ein komplementäres Versorgungssystem <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar	An dieser Stelle ist diejenige Person/Institution anzugeben, die hauptverantwortlich an der Vorstellung des Patienten in der PsIA mitgewirkt hat.	

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
25a	Durch wen wurde die aktuelle Behandlung in der PsIA initiiert?	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ärztlicher Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> andere somatische Fachärzte <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
25b	Durch wen wurde die aktuelle Behandlung in der PsIA initiiert?	<input type="checkbox"/> psychosomatische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> psychosomatische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> psychiatrische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> psychiatrische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> somatische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> somatische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
25c	Durch wen wurde die aktuelle Behandlung in der PsIA initiiert?	<input type="checkbox"/> SPDI (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 somatische Pflege <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Aktuelle Vorbehandlung bzw. Betreuung im Vorfeld (vor Aufnahme in die PsIA)

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
26	In welchem Versorgungsbereich erfolgte eine Vorbehandlung bzw. die Betreuung im Vorfeld dieser PsIA-Behandlung?	<input type="checkbox"/> es erfolgte keine Vorbehandlung/Betreuung im Vorfeld <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär/teilstationär <input type="checkbox"/> durch ein komplementäres Versorgungssystem <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
26a	Durch wen erfolgte die Vorbehandlung bzw. die Betreuung im Vorfeld dieser PsIA-Behandlung?	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ärztlicher Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> andere somatische Fachärzte <input type="checkbox"/> psychosomatische klinische Ambulanz <input type="checkbox"/> psychiatrische klinische Ambulanz <input type="checkbox"/> somatische klinische Ambulanz		

		<input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		
--	--	--	--	--

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
26b	Durch wen erfolgte die Vorbehandlung bzw. die Betreuung im Vorfeld dieser PsIA-Behandlung?	<input type="checkbox"/> psychosomatische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> psychosomatische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> psychiatrische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> psychiatrische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> somatische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> somatische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
26c	Durch wen erfolgte die Vorbehandlung bzw. die Betreuung im Vorfeld dieser PsIA-Behandlung?	<input type="checkbox"/> SPDI (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 somatische Pflege <input type="checkbox"/> digitale Gesundheitsanwendungen (§33a SGB V) <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Fremde Mitbehandlung

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
27	Erfolgt zusätzlich zur aktuellen PsIA-Behandlung eine fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung des Patienten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
27a	Durch wen erfolgt eine fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung des Patienten?	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> andere somatische Fachärzte <input type="checkbox"/> somatische klinische Ambulanz <input type="checkbox"/> SPDI (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 somatische Pflege <input type="checkbox"/> digitale Gesundheitsanwendungen (§33a SGB V) <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Fragebogen Jahresaktualisierung

Dokumentation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
01	Datum der Leistungsabrechnung 109/209		Tag der Abrechnung der Pauschale für die AmBADO-Dokumentation (ärztliche und psychotherapeutische Gesprächszeit sind davon nicht erfasst). Die Abrechnung ist grundsätzlich einmal im Jahr möglich, es sei denn, dass beim Patienten die Kriterien des "neuen Falles" gegeben sind. Diese Leistung ist nicht auf andere Berufsgruppen delegierbar.	

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
02	Behandlungssetting	<input type="radio"/> Normalfall (fachärztliche Überweisung) <input type="radio"/> direkte Überleitung aus stationärer Behandlung		

Aktuelle psychische und somatische Anamnese

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
03	Aktuelle medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/> Nicht-Opioid-Analgetika/Antiphlogistika <input type="checkbox"/> Opioide <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> Tranquilizer <input type="checkbox"/> Stimulantien <input type="checkbox"/> weitere Medikamente zur Behandlung somatischer Erkrankungen <input type="checkbox"/> keine		Mehrfachauswahl

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
04	Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
05	Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
-----	---------------	----------------	----------------	-------------

05a	Wie lange bestand während der letzten 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit?	__ (Anzahl der Wochen)		
-----	--	------------------------	--	--

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
06	Erfolgten innerhalb der letzten 12 Monate (teil-) stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlungen?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
06a	Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate (ggf. Schätzwert)	__ (Anzahl)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
07	Erfolgt somatische (teil-) stationäre Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund von körperlichen Problemen mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
07a	Anzahl somatischer (teil-) stationärer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund von körperlichen Problemen mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild	__ (Anzahl)		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
08	Psychische Störung(en) (ICD-10)	F __. __ + Diagnosesicherheit F __. __ + Diagnosesicherheit F __. __ + Diagnosesicherheit F __. __ + Diagnosesicherheit	An erster Stelle ist die klinisch führende Diagnose anzugeben Legende zu den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit G: gesicherte Diagnose	

		F _ _ . _ _ + Diagnosesicherheit	V: Verdachtsdiagnose Z: (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose A: ausgeschlossene Diagnose	
--	--	----------------------------------	---	--

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
09	Somatische Diagnose(n) (ICD-10)	_ _ _ . _ _ + Diagnosesicherheit _ _ _ . _ _ + Diagnosesicherheit _ _ _ . _ _ + Diagnosesicherheit _ _ _ . _ _ + Diagnosesicherheit _ _ _ . _ _ + Diagnosesicherheit	Legende zu den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit G: gesicherte Diagnose V: Verdachtsdiagnose Z: (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose A: ausgeschlossene Diagnose	

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
10	Sprachliche Verständigung	0 problemlos 0 mit Schwierigkeiten 0 nicht möglich		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
11	Global assessment of functioning	_ _ _ (GAF-Wert)	xx	

Fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
12	Erfolgt derzeit eine fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung des Patienten?	0 ja 0 nein		

	0 unbekannt/unklar		
--	--------------------	--	--

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
12a	Durch wen erfolgt derzeit eine fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung des Patienten?	<div><input type="checkbox"/> Hausarzt</div> <div><input type="checkbox"/> andere somatische Fachärzte</div> <div><input type="checkbox"/> somatische klinische Ambulanz</div> <div><input type="checkbox"/> SPDI (außer Betreutes Wohnen)</div> <div><input type="checkbox"/> betreute Wohnformen (z. B. betreutes Wohnen, therapeutische Wohngruppe, Familienpflege, Heim)</div> <div><input type="checkbox"/> Krisendienst</div> <div><input type="checkbox"/> Beratungsstelle</div> <div><input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe</div> <div><input type="checkbox"/> ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)</div> <div><input type="checkbox"/> häusliche somatische Pflege</div> <div><input type="checkbox"/> Digitale Gesundheitsanwendungen (§33a SGB V)</div> <div><input type="checkbox"/> sonstige</div> <div><input type="checkbox"/> unbekannt/unklar</div>		Mehrfachauswahl

Fragebogen Beendigung

Dokumentation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
01	Datum der Leistungsabrechnung 109/209		Tag der Abrechnung der Pauschale für die AmBADO-Dokumentation (ärztliche und psychotherapeutische Gesprächszeit sind davon nicht erfasst). Die Abrechnung ist grundsätzlich einmal im Jahr möglich, es sei denn, dass beim Patienten die Kriterien des "neuen Falles" gegeben sind. Diese Leistung ist nicht auf andere Berufsgruppen delegierbar.	

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
02	Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung	<input type="radio"/> reguläre Beendigung <input type="radio"/> Beendigung gegen den Rat des Therapeuten, Fernbleiben <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"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Patienteninformationen

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
03	Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
04	Wohnsituation	<input type="radio"/> Privatwohnung, einschl. privater Wohngemeinschaft <input type="radio"/> betreute Wohngruppe, betreutes Einzelwohnen, Heim <input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
04a	Lebensform	<input type="radio"/> mit (Ehe-)Partner/Kindern mit Eltern (-teil)/mit Verwandten/ mit Bekannten/Freunden/ Wohngemeinschaft o.ä. <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
05	Höchster erreichter Schulabschluss	<input type="radio"/> kein Abschluss <input type="radio"/> noch in schulischer Ausbildung <input type="radio"/> Förderschulabschluss (jeglicher Ausprägung) <input type="radio"/> Mittelschul-/qualifizierender Mittelschulabschluss <input type="radio"/> mittlerer Bildungsabschluss/Polytechnische Oberschule <input type="radio"/> (Fach-)Abitur <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
06	Höchster erreichter Berufsabschluss	<input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> Lehre <input type="radio"/> Fach-/Meisterschule <input type="radio"/> (Fach-) Hochschule <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
07	Jetzige berufliche Situation	<input type="checkbox"/> erwerbstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> erwerbstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt (Mini-Job) <input type="checkbox"/> geschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> Freiwilliges Soziales Jahr/Ökologisches Jahr/Bundesfreiwilligendienst <input type="checkbox"/> Ausbildung, Studium <input type="checkbox"/> Hausmann/-frau		Mehrfachnennung möglich

		<input type="checkbox"/> Rentner/-in <input type="checkbox"/> ausschließlich ehrenamtlich tätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend gemeldet <input type="checkbox"/> anderweitig ohne berufliche Beschäftigung <input type="checkbox"/> laufendes Rentenverfahren <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		
--	--	---	--	--

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
08	Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Altersrente/Pension/sonstige Rente <input type="checkbox"/> Entgeltersatzleistungen <input type="checkbox"/> Sozialhilfe/Grundsicherung <input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung (z. B. BAföG) <input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen/ Unterstützung durch Angehörige/Freunde <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> kein regelmäßiges Einkommen <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar	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	Mehrfachnennung möglich

Aktuelle psychische und somatische Anamnese

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
09	Aktuelle medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/> Nicht-Opioid-Analgetika/Antiphlogistika <input type="checkbox"/> Opioide <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> Tranquilizer <input type="checkbox"/> Stimulantien <input type="checkbox"/> weitere Medikamente zur Behandlung somatischer Erkrankungen <input type="checkbox"/> keine		Mehrfachauswahl möglich

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
10	Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
11	Arbeitsunfähigkeit seit der letzten Jahresaktualisierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
11a	Wie lange bestand seit der letzten Jahresaktualisierung eine Arbeitsunfähigkeit?	__ (Anzahl der Wochen)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
12	Erfolgten seit der letzten Jahresaktualisierung (teil-) stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlungen?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
12a	Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen seit der letzten Jahresaktualisierung (ggf. Schätzwert)	__ (Anzahl)		

Nr.	Fragestellung (Einfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
13	Erfolgten seit der letzten Jahresaktualisierung somatische (teil-) stationäre Behandlungen aufgrund von körperlichen Problemen mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
13a	Anzahl somatischer (teil-) stationärer Behandlungen seit der letzten Jahresaktualisierung aufgrund von körperlichen Problemen mit Bezug zum aktuellen Beschwerdebild	__ (Anzahl)		

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
14	Psychische Störung(en) (ICD-10)	F __ . __ + Diagnosesicherheit F __ . __ + Diagnosesicherheit F __ . __ + Diagnosesicherheit F __ . __ + Diagnosesicherheit F __ . __ + Diagnosesicherheit	An erster Stelle ist die klinisch führende Diagnose anzugeben. Legende zu den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit G: gesicherte Diagnose V: Verdachtsdiagnose	Beliebig viele Angaben

			Z: (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose A: ausgeschlossene Diagnose	
--	--	--	---	--

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
15	Somatische Diagnose(n) (ICD-10)	____. __ + Diagnosesicherheit ____. __ + Diagnosesicherheit ...	Legende zu den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit G: gesicherte Diagnose V: Verdachtsdiagnose Z: (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose A: ausgeschlossene Diagnose	Nicht-F-Diagnosen; Beliebig viele Angaben

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
16	Global assessment of functioning	____ (GAF-Wert)	xx	

Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
17	Erfolgt eine Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung des Patienten?	0 ja 0 nein 0 unbekannt/unklar		

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
18	In welchem Versorgungsbereich erfolgt die Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung des Patienten?	0 ambulant 0 stationär/teilstationär 0 durch ein komplementäres Versorgungssystem 0 sonstige 0 unbekannt/unklar		Mehrfachauswahl möglich

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
18a	Durch wen erfolgt die Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung des Patienten?	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ärztlicher Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> andere somatische Fachärzte <input type="checkbox"/> psychosomatische klinische Ambulanz <input type="checkbox"/> psychiatrische klinische Ambulanz <input type="checkbox"/> somatische klinische Ambulanz <input type="checkbox"/> Ambulante Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		Mehrfachauswahl möglich

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
18b	Durch wen erfolgt die Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung des Patienten?	<input type="checkbox"/> psychosomatische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> psychosomatische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> psychiatrische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> psychiatrische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> somatische Klinik/Abteilung der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> somatische Klinik/Abteilung einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der eigenen Klinik <input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer anderen Klinik <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		Mehrfachauswahl möglich

Nr.	Fragestellung (Mehrfachauswahl)	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis	Anmerkungen
18c	Durch wen erfolgt Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung des Patienten?	<input type="checkbox"/> SPDI (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 somatische Pflege <input type="checkbox"/> Digitale Gesundheitsanwendungen (§33a SGB V) <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar		Mehrfachauswahl möglich