

Therapeutenangaben – Diagnostik bei Behandlungsbeginn

SVNR:.....Patientenname:.....

Erstbehandlung: JA NEIN wenn nein, Vorbehandlung bei:

Anlass der derzeitigen Kontaktaufnahme:

(aktueller Beweggrund für die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung)

.....

Vermittlung der Behandlung durch:

- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Praktischen Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Klinischer PsychologIn |
| <input type="checkbox"/> FA f. Psychiatrie/Neurologie | <input type="checkbox"/> Sozialamt/Jugendamt |
| <input type="checkbox"/> sonst. FachärztIn | <input type="checkbox"/> PatientIn selbst |

Psychotherapeutische Diagnosen (ICD-10 oder ICD-9):

.....

Subjektive Symptomatik und deren Genese:

(Beschreibung des Leidens bzw. der Leitsymptome aus Sicht des/r PatientIn – Beschwerden auf körperlicher, emotionaler, kognitiver Handlungsebene)

.....

.....

Therapieziele bezogen auf diese Behandlung und diese/n PatientIn:

Welche Ziele sollte der/die PatientIn mit Hilfe dieser Psychotherapie erreichen? Nennen Sie bitte therapierelevante Ziele, die den Behandlungsauftrag Ihres/r PatientIn und Ihre therapeutischen Möglichkeiten für diese Behandlung reflektieren. Die verschiedenen Therapieziele sollten möglichst differente Bereiche – wie z. B. körperliche, psychische, psychosoziale Probleme, Beziehungsprobleme im privaten und beruflichen Bereich – erfassen.

.....

.....

Datum der ersten Behandlung:

Wie viele Sitzungen werden notwendig sein?

Welche Sitzungsfrequenz ist geplant?

Vorgesehene Methode:

Motivation des Patienten bei Therapiebeginn:

0 (nicht motiviert) 1 (kaum motiviert) 2 (etwas motiviert) 3 (motiviert) 4 (sehr motiviert)

Angabe des/r Arztes/Ärztin, welche/r eine Begleitbehandlung durchführt:

Bei länger dauernden Interventionen (mehr als 20 Sitzungen)

Besteht zu Therapiebeginn eine ärztlich verordnete Medikation? NEIN JA

Welche?

(Handelsname)

.....

Datum/Stempel/Unterschrift BehandlerIn

Unterschrift PatientIn