



P-CODE:

DATUM:

THERAPEUT(IN):

Dokumentation Abbruch Probatorik

1. Basisdaten Therapeut/-in

Verfahren 1 VT 2 TP **Ausbildungsjahrgang** _____

Geschlecht 1 männlich 2 weiblich

Setting 1 Einzel 2 Gruppe 3 KiJu

2. Basisdaten Patient/-in

Geschlecht 1 männlich 2 weiblich **Geburtsdatum** _____

3. Diagnostik

Diagnose/-n (bitte im Format Fxx.xx mit Grad der Absicherung G, V bzw. DD oder Z angeben)

1. _____ aus: 1 Vorgespräch 2 Anamnese durch andere/-n Therapeuten/in
3 eigene Einschätzung in der Probatorik

Diagnose mit einem klinischen Interview abgesichert (z. B. SKID, DIPS)? 1 ja 2 nein

2. _____ aus: 1 Vorgespräch 2 Anamnese durch andere/-n Therapeuten/in
3 eigene Einschätzung in der Probatorik

Diagnose mit einem klinischen Interview abgesichert (z. B. SKID, DIPS)? 1 ja 2 nein

3. _____ aus: 1 Vorgespräch 2 Anamnese durch andere/-n Therapeuten/in
3 eigene Einschätzung in der Probatorik

Diagnose mit einem klinischen Interview abgesichert (z. B. SKID, DIPS)? 1 ja 2 nein

ggf. weitere Diagnosen _____

Wurde bereits die Eingangsdiagnostik (DP-1 und DP-2) durchgeführt?

¹ ja, folgende Fragebögen wurden durch Patient/-in ausgefüllt und von mir ausgewertet:

Kürzel	Name	Dauer (Min.)	bitte markieren (*)
LAST	Lübecker Alkoholismus Test (DP-1)	5	<input type="checkbox"/>
ISR	ICD-10 Symptomrating	20	<input type="checkbox"/>
LOT-R	Life Orientation Test (revised)	5	<input type="checkbox"/>
BDI-II	Beck Depressionsinventar	15	<input type="checkbox"/>
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire	10	<input type="checkbox"/>
WHO-QoL-BREF	WHO Quality of Life Index	5	<input type="checkbox"/>
PID-5-100	Persönlichkeitsinventar für DSM-5	30	<input type="checkbox"/>
IIP-32	Inventar Interpersoneller Probleme	20	<input type="checkbox"/>
BASS	Beliefs About Stress Scale	10	<input type="checkbox"/>
OPD-SFK	OPD-Strukturfragebogen-Kurzform	10	<input type="checkbox"/>
IPO-16	Inventar zur Persönlichkeitsorganisation	10	<input type="checkbox"/>
WHO-DAS	WHO Disability Assessment Schedule	10	<input type="checkbox"/>
gesamt	DP-1 und DP-2 (max. 150 Minuten)	_____ Minuten	

(*) Die Diagnostik kann jeweils nur dann abgerechnet werden, wenn im Fragebogen mindestens 2/3 der Items beantwortet wurden.

Die Excel-Auswertungsmatrix und ausgefüllte diagnostische Pakete DP-1

und DP-2 wurden von mir abgegeben bzw. per E-Mail eingeschickt am _____.

² nein, DP-1 und/oder DP-2 wurden noch nicht ausgefüllt / noch nicht von mir ausgewertet.

4. Angaben zur Probatorik und zum Probatorikabbruch

Ambulanzvorgespräch am... _____ bei... _____

vermittelt am... _____ Abbruch nach _____ probatorischen Sitzungen

Supervisor/-in _____ ist informiert.

Bitte geben Sie den Grund des Abbruchs an:

- 1 keine Indikation für Richtlinien-Psychotherapie (z. B. Symptomatik zu gering ausgeprägt)
- 2 Unzufriedenheit oder Zweifel des Patienten / der Patientin am therapeutischen Konzept
- 3 Patient/-in ist unzufrieden mit Merkmalen des Therapeuten / der Therapeutin
- 4 interaktionelle Probleme
- 5 mangelnde Motivation des Patienten / der Patientin trotz klarer Behandlungsindikation
- 6 Patient/-in entscheidet sich ohne Angabe von Gründen für ein anderes ambulantes Therapieangebot
- 7 Patient/-in gibt keine Gründe an, möchte aber die Probatorik nicht fortsetzen
- 8 Patient/-in ist nicht mehr zu erreichen
- 9 Der Antrag kann nicht gestellt werden, da der Patient die notwendigen Unterlagen nicht ausfüllt/mitbringt (Formulare, Drogenscreening, Konsiliarbericht).
- 10 Es ist mit dem Patienten / der Patientin keine zuverlässige Termingestaltung möglich.
- 11 Therapeut/-in empfiehlt aus fachlichen Gründen alternatives Therapieangebot (z. B. stationärer Aufenthalt)
- 12 zwischenzeitliches Ereignis (z. B. Erkrankung, Unfall, Schwangerschaft etc.) erfordert aktuelle Beendigung der Therapie
- 13 Tod des Patienten / der Patientin, falls ja: Ursache _____
- 14 Wohnortwechsel des Patienten / der Patientin
- 15 glaubhafte terminliche Gründe

- 16 Falls **keiner der obigen Gründe** zutrifft, stellen Sie bitte nachvollziehbar dar, warum keine weiteren Sitzungen stattfanden:

Was wurde mit dem Patienten / der Patientin vereinbart?

- 1 keine Weitervermittlung, Kontakt beendet
- 2 Weitervermittlung, aber... 3 Verfahrenswechsel 4 Therapeut/-in anderen Geschlechts
- 5 ich kann bereits einen Kollegen vorschlagen, nämlich _____
- 6 Die Patientenvermittlung soll die Suche übernehmen (falls kein neuer Therapeut gefunden werden kann, erfolgt eine schriftliche Benachrichtigung des Patienten nach ca. 3 Monaten).

Ist es Ihrer Meinung nach angeraten, den Patienten / die Patientin an eine weitere / einen weiteren PiA zu vermitteln? 1 ja 2 nein

Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung:

Berlin, _____

Datum

Unterschrift Therapeut/-in