

PATIENT/CHIFFRE:.....

DATUM: .....

THERAPEUT(IN): .....

# Dokumentation

## Abbruch Probatorik

**Die Abgabe der Checkliste zur Archivierung mit einem kurzen Abschlussbericht (Unterschrift Supervisor und Therapeut) muss umgehend erfolgen (notwendig ab einer probatorischen Sitzung)!**

### 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?

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"/>
<b>gesamt</b>	<b>DP-1 und DP-2 (max. 150 Minuten)</b>	<b>_____ Minuten</b>	

(\*) 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 \_\_\_\_\_.

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