Tragen Sie hier die Bezeichnung Ihrer Institution ein...
Raum für ergänzende Informationen

Basisdokumentation – Entlassungsbogen

Name, Vorname : ______________________ **Geb. - Datum :** ______________________

1.1. Behandlungsdauer

Entlassungsdatum: __________________________

1.2. Art der Beendigung

- ☐ Reguläre Beendigung
- ☐ Vorzeitig durch Patient (Abbruch)
- ☐ Vorzeitig durch Therapeut/Klinik
- ☐ Vorzeitig in beiderseit. Einverständnis
- ☐ Verlegung
- ☐ Sonstiges ____________________________

2.1. Einzelgespräche mit Therapeuten

	Anzahl der Gespräche
bis 30 Min.	☐☐☐
> 30 Min.	☐☐☐

2.2. verbale Gruppentherapie

	Anzahl der Sitzungen
bis 60 Min.	☐☐☐
> 60 Min.	☐☐☐

2.3 sonstiges therapeutisches Programm

	Anzahl der Sitzungen
Kunst-/Gestaltungsther. – Einzel	☐☐☐
Kunst-/Gestaltungsther. – Gruppe	☐☐☐
Musiktherapie – Einzel	☐☐☐
Musiktherapie – Gruppe	☐☐☐
Körpertherapie – Einzel	☐☐☐
Körpertherapie – Gruppe	☐☐☐
Entspannungsverfahren – Einzel	☐☐☐
Entspannungsverfahren – Gruppe	☐☐☐
VT–Maßnahmen – Einzel	☐☐☐
VT–Maßnahmen – Gruppe	☐☐☐

2.4. ärztliche/pflegerische Gespräche

	Anzahl der Gespräche
Stationsarztgespräche	☐☐☐
Visitengespräche	☐☐☐
pflegerische Gespräche > 10 Min.	☐☐☐

2.5. Balneo-physikalische Maßnahmen

- ☐ Massagen
- ☐ Bäder
- ☐ Kneippanwendungen, Packungen, Inhalationen
- ☐ Trainingsbehandlung
- ☐ Krankengymnastik
- ☐ Diät / Diätberatung
- ☐ Schwimmen
- ☐ Sauna
- ☐ Sonstiges ____________________________

2.6. Medikation

Verordnung von Psychopharmaka, Analgetika und sonstiger somatischer Medikation

	Psycho-pharm.	Anal-getika	somat. Med.	keine
bei Aufnahme	☐	☐	☐	☐
konst. Medikation	☐	☐	☐	☐
zeitw. Medikation	☐	☐	☐	☐
Reduktion	☐	☐	☐	☐
bei Entlassung	☐	☐	☐	☐

3.1. Somatisches Behandlungsergebnis (global)

- ☐ deutlich gebessert
- ☐ etwas gebessert
- ☐ nicht verändert
- ☐ etwas verschlechtert
- ☐ deutlich verschlechtert

3.2. Psychisches Behandlungsergebnis (global)

- ☐ deutlich gebessert
- ☐ etwas gebessert
- ☐ nicht verändert
- ☐ etwas verschlechtert
- ☐ deutlich verschlechtert

3.3. Einschätzung der Behandlung durch Patienten

Vom Therapeuten nach gezielter Befragung des Patienten auszufüllen: Wie hat Ihnen die Behandlung insgesamt geholfen?

☐ Sehr geholfen
☐ Ziemlich geholfen
☐ Etwas geholfen
☐ Nicht geholfen
☐ Geschadet

3.4. Beeinträchtigungsschwere (BSS)

Beurteilung für: letzte 7 Tage

		Skalierung:
		0 = gar nicht
Körperlich	☐	1 = geringfügig
Psychisch	☐	2 = deutlich
Sozialkommunikativ	☐	3 = stark
		4 = extrem
Summe	☐☐	

3.5. Individuelle Behandlungsziele (Zielerreichungsskalierung)

1. Therapieziel	–2	–1	±0	+1	+2
2. Therapieziel	–2	–1	±0	+1	+2
3. Therapieziel	–2	–1	±0	+1	+2

3.6. Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung

☐ Ja ☐ Nein

☐☐ Voraussichtliche AU in Wochen

4.1. psychother./psychiatr. Diagnosen (ICD-10)

F☐☐ ☐☐ Hauptdiagnose
F☐☐ ☐☐
F☐☐ ☐☐

4.2. somatische Diagnosen (ICD-10)

☐☐☐ ☐☐ Hauptdiagnose
☐☐☐ ☐☐
☐☐☐ ☐☐

5. Ereignisse während der Therapie

☐ Therapeutenwechsel
☐ Therapieunterbrechung durch Verlegung
Dauer der Unterbrechung (Tage) ☐☐
  ☐ Verlegung in Psychiatrie
  ☐ Verlegung in somat. Krankenhaus
☐ Tod einer Bezugsperson
☐ Schwangerschaft
☐ dramat. Erkrank./Komplikation
☐ Trennung vom Partner
☐ Neue Partnerschaft
☐ Verlust des Arbeitsplatzes
☐ Rentenbegehren, Rentenantrag
☐ Suizidversuch
☐ Sonstiges:____________________

6. Weiterbehandlungsempfehlung

☐ keine Empfehlung
☐ gesprächsweise Empfehlung
☐ Adressenvermittlung
☐ persönliche Vermittlung
☐ Kontaktaufnahme durch Pat.
☐ keine Weiterbehandlung erforderlich
☐ Pat. lehnt Weiterbehandlung ab
☐ keine Vermittlungsmöglichkeit
☐ Wiederaufnahme vereinbart
☐ psychiatrische Klinik
☐ psychotherap. Klinik
☐ sozialpsychiatrischer Dienst:
☐ Psychiater/Neurologe
☐ Arzt für Psychotherapie
☐ Arzt (andere Fachrichtung)
☐ vorbehandelnder Therapeut
☐ neuer Therapeut (Einzel)
☐ neuer Therapeut (Gruppe)
☐ therap. Wohngemeinschaft
☐ Sonstiges:____________________

7. Bemerkungen

____

____

____

Datum : Unterschrift des Therapeuten :