Tragen Sie hier die Bezeichnung Ihrer Institution ein... 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. 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 :