

Fallnummer:

Datum:

Anzahl der Kontakte:

Bogen konnte nicht ausgefüllt werden, weil _____

Physische Verfassung

Körperliche Beschwerden: ja ☐₁ nein ☐₂

Chronische Erkrankung: ja ☐₁ nein ☐₂

Psychische Verfassung

Psychische Konstitution		Grad der Einschränkung			
		0	1	2	*
01	Substanzgebrauch: _____				
02	Nutzung nicht-stoffgebundener Dinge				
03	Essverhalten/Körperempfindung				
04	Sexualität/Sexualverhalten				
05	Selbstverletzendes Verhalten				
06	Körperliche Symptome ohne erkennbare Ursache				

07	Stimmung				
08	Schlafqualität				
09	Selbstsicherheit/ Selbstwert				
10	Antrieb/Aktivität				
11	Sozialverhalten				
12	Innere Balance und Stabilität				
13	Konzentration und Wahrnehmung				

14	Suizidalität				
15	Ängste				
16	Zwanghaftigkeit				
17	Wahnvorstellungen/Halluzinationen				
18	Depersonalisierung/Derealisierung				
19	Nachhallerinnerungen/Flashbacks				

* = trifft nicht zu 00 = nicht abgefragt 77 = Klient/in gibt keine Auskunft

Gesicherte Diagnose: ja ☐₁ nein ☐₂

Wenn ja, welche: _____

Vermittlung zu Frau Göpferich: ja ☐₁ nein ☐₂

Konsultation von Frau Göpferich: ja ☐₁ nein ☐₂

Wenn Vermittlung und/ oder Konsultation stattfand, warum:

Wenn keine Vermittlung und/ oder Konsultation stattfand, warum nicht:

☐ keine Auffälligkeiten

☐ „typische“ 67er Auffälligkeiten

☐ Bearbeitung durch Zusatzqualifikation alleine möglich

☐ akute Problematik, dadurch sofortige Weitervermittlung notwendig

☐ Sonstiges: _____

Sonstige Anmerkungen:

Auszufüllen von Frau Göpferich

(bei eigener Qualifikation S. 4 von BZE- Mitarbeitendem)

Welche Hilfe hat stattgefunden:

Kollegiale Beratung ☐₁

Behandlung der Klientin/des Klienten ☐₂

Anzahl der Kontakte

Einschätzung der psychischen Verfassung der Klientin/des Klienten:

Psychische Konstitution		Grad der Einschränkung			
		0	1	2	*
01	Substanzgebrauch: _____				
02	Nutzung nicht-stoffgebundener Dinge				
03	Essverhalten/Körperempfindung				
04	Sexualität/Sexualverhalten				
05	Selbstverletzendes Verhalten				
06	Körperliche Symptome ohne erkennbare Ursache				

07	Stimmung				
08	Schlafqualität				
09	Selbstsicherheit/ Selbstwert				
10	Antrieb/Aktivität				
11	Sozialverhalten				
12	Innere Balance und Stabilität				
13	Konzentration und Wahrnehmung				

14	Suizidalität				
15	Ängste				
16	Zwanghaftigkeit				
17	Wahnvorstellungen/Halluzinationen				
18	Depersonalisierung/Derealisierung				
19	Nachhallerinnerungen/Flashbacks				

* = trifft nicht zu 00 = nicht abgefragt 77 = Klient/in gibt keine Auskunft

Gesicherte Diagnose: ja ☐₁ nein ☐₂

Wenn ja, welche: _____

Hilfebedarf der Klientin/des Klienten hinsichtlich ihrer/seiner psychischen Verfassung:

Hat die Klientin/der Klient die benötigte Hilfe erhalten? ja ☐₁ nein ☐₂

Wenn nein, warum:

Sonstige Anmerkungen:
