

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 Körperlische 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	Depersonalisation/Derealisation				
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	Depersonalisation/Derealisation				
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:
