

Therapeuteneinschätzung für Patienten (3-12 Jahre)

Im Folgenden geht es um die Einschätzung verschiedener Probleme bei Ihrem/r Patienten/in. Bitte beantworten Sie aber zunächst die folgenden Fragen zu Merkmalen der Therapie.

Chiffre: (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum TT.MM.JJ)

Therapeut/in: _____ **Supervisor/in:** _____

Alter: _____ **Geschlecht:** _____ **Geb.-Datum:** _____

Vorname des Patienten/der Patientin: _____ **Datum heute:** _____

Diagnose(n) (F / ICD-10): 1. F _____ 2. F _____ 3. F _____

Therapiedauer (in Monaten): _____

Beantragt wurden: tiefenpsychologisch fundiert psychoanalytisch
 ___ Stunden (**insgesamt**) mit ___ Stunden **Patientenarbeit** und ___ Stunden **Elternarbeit**

Therapieform: stationär ambulant Einzeltherapie Gruppentherapie

Medikation: ja nein

Wird/wurde Elternarbeit bzw. Arbeit mit Bezugspersonen durchgeführt: ja nein
 Falls ja, Anzahl der Stunden: _____ Falls ja, mit wem: _____
 Falls nein, warum nicht: _____

Die Elternarbeit war: sehr gut gut befriedigend schlecht sehr schlecht

Staatsangehörigkeit der Patientin/des Patienten: _____

Der/die Patient/in selbst ist immigriert: nein ja, aus: _____

Ist Elternteil der Patientin/des Patienten nach Deutschland immigriert?

Vater, aus: _____ Mutter, aus: _____

Mutter: Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Vater: Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Zurzeit besucht der/die Jugendliche folgende Schulklasse: ___ und folgenden
 Schultyp: _____

Familienform: Zweielternfamilie Einelternfamilie Stieffamilie Adoptivfamilie
 Sonstiges: _____

Die Eltern sind: verheiratet geschieden/getrennt lebend Sonstiges: _____

Anzahl Geschwister: ____, davon weiblich ____, männlich ____

Anzahl Stiefgeschwister: ____, davon weiblich ____, männlich ____

Anzahl Halbgeschwister: ____, davon weiblich ____, männlich ____

Geschwisterstellung: ältestes Kind mittleres Kind jüngstes Kind

Aktueller Zeitpunkt: nach Probatorik Umwandlung KZT-LZT vor Verlängerung

Ende Therapie Abbruch

, d.h. nach Stunde _____

BSSK-KJ Beurteilung für den Zeitraum der letzten 7 Tage 0 = keine 1 = Leicht 2 = Mittel 3 = Schwer 4 = Sehr Schwer		Keine	Leicht	Mittel	Schwer	Sehr Schwer
1.	Psychische Beeinträchtigung	0	1	2	3	4
2.	Körperliche Beeinträchtigung	0	1	2	3	4
3a.	Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit den Eltern	0	1	2	3	4
3b.	Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Geschwistern	0	1	2	3	4
3c.	Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Freunden	0	1	2	3	4
4.	Beeinträchtigung im Leistungsbereich	0	1	2	3	4

Zum Schluss:

Informationen zum Therapeuten

Ich bin: männlich weiblich Alter: _____ Jahre

In Ausbildung: ja nein, Berufserfahrung: _____ Jahre

Wurde die Behandlung regelmäßig supervidiert? ja nein