

Falldokumentation im Rahmen der BQT III

Name und Vorname:

Matrikelnummer:

Vollständig ausgefülltes Dokument als Scan senden an: [praktikum.psychologie@uni-kassel.de](mailto:praktikum.psychologie@uni-kassel.de)

Wichtig: Bitte Originaldokumente sowie die im Rahmen der BQT-III erhobenen Anamnesen bitte selbst gut aufbewahren!

- 1) Die Folgenden Tätigkeiten (a - e) müssen anhand von mindestens zehn Patientinnen und Patienten verschiedener Alters- und Patientengruppen aus mindestens vier verschiedenen Störungsbereichen mit jeweils unterschiedlichen Schwere- und Beeinträchtigungsgraden absolviert werden.**

**a) Erstgespräche**

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 3.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 4.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

**b) Anamnesen**

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 3.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 4.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

**c) Psychodiagnostische Untersuchung**

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 3.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 4.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

**d) Indikationsstellungen einschließl. Suizidabklärung und Prognoseeinschätzung**

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 3.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 4.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

**e) Patientenaufklärungen über diagnostische und klassifikatorische Befunde**

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 3.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 4.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

**2) Einbeziehung von Angehörigen bei Patientenbehandlungen** (Gespräche mit bedeutsamen Bezugspersonen)

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 3.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |
| 4.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

**3) Selbständige Durchführung von drei verschiedenen Basismaßnahmen** (z.B. Entspannungsverfahren, Psychoedukation)

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Maßnahme | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |          |                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |          |                          |
| 3.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |          |                          |

**4) Selbständiges Erstellen eines psychotherapeutischen Gutachtens**

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

## 5) Begleitung von Behandlungen

### a) Begleitung von mindestens 12 gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen

|                                                        |                                                                 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Gruppenpsychotherapie</b> (ambulant oder stationär) |                                                                 |
|                                                        | Gruppe (Name bzw. Thema):                                       |
|                                                        | Diagnose/n:                                                     |
|                                                        | Zeitraum der Begleitung:                                        |
|                                                        | Die Kandidatin / Der Kandidat hat mind. 12 Sitzungen begleitet. |
|                                                        | Unterschrift Betreuer:in:                                       |

### b) Begleitung von mindestens einer ambulanten Patientenbehandlung im Umfang von mindestens 12 aufeinanderfolgenden Behandlungsstunden (die unter Verknüpfung von klinisch-praktischen Aspekten mit ihren jeweiligen wissenschaftlichen Grundlagen durchgeführt wird und zu der begleitend diagnostische und therapeutische Handlungen eingeübt werden). **Hinweis: Es sollte sich immer um den-/dieselbe Patient:in handeln.**

|                                                    |                                                                                   |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Einzel- und/oder Gruppentherapie</b> (ambulant) |                                                                                   |
|                                                    | Chiffre:                                                                          |
|                                                    | Diagnose/n:                                                                       |
|                                                    | Zeitraum der Begleitung:                                                          |
|                                                    | Die Kandidatin / Der Kandidat hat mind. 12 aufeinanderfolgende Stunden begleitet. |
|                                                    | Unterschrift Betreuer:in                                                          |

## Hilfsblatt zur eigenen Dokumentation von Punkt 5 a) und b) der Falldokumentation im Rahmen der BQT-III

### 5) Begleitung von Behandlungen

#### a) Begleitung von mindestens 12 gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen

|        |                                                           |
|--------|-----------------------------------------------------------|
|        | <b>Gruppenpsychotherapie</b><br>(ambulant oder stationär) |
|        | Chiffre:<br><br>Diagnose:                                 |
| Stunde | Datum der Behandlung                                      |
| 1      |                                                           |
| 2      |                                                           |
| 3      |                                                           |
| 4      |                                                           |
| 5      |                                                           |
| 6      |                                                           |
| 7      |                                                           |
| 8      |                                                           |
| 9      |                                                           |
| 10     |                                                           |
| 11     |                                                           |
| 12     |                                                           |
|        | Unterschrift Betreuer:in:                                 |

- b) Begleitung von mindestens einer ambulant Patientenbehandlung im Umfang von mindestens zwölf aufeinanderfolgenden Behandlungsstunden** (die unter Verknüpfung von klinisch-praktischen Aspekten mit ihren jeweiligen wissenschaftlichen Grundlagen durchgeführt wird und zu der begleitend diagnostische und therapeutische Handlungen eingeübt werden).

|        |                                                    |
|--------|----------------------------------------------------|
|        | <b>Einzel- und/oder Gruppentherapie (ambulant)</b> |
|        | Chiffre:<br><br>Diagnose:                          |
| Stunde | Datum der Behandlung                               |
| 1      |                                                    |
| 2      |                                                    |
| 3      |                                                    |
| 4      |                                                    |
| 5      |                                                    |
| 6      |                                                    |
| 7      |                                                    |
| 8      |                                                    |
| 9      |                                                    |
| 10     |                                                    |
| 11     |                                                    |
| 12     |                                                    |
|        | Unterschrift Betreuer:in:                          |

- c) **Begleitung von mind. zwei weiteren ambulanten oder stationären einzelpsychotherapeutischen Behandlungen (insgesamt mindestens 12 Sitzungen; inkl. Übernahme von Diagnostik, Anamnese, Therapieplanung sowie Zwischen- und Abschlussevaluation) **Ein(e) Patient:in muss ein Kind oder Jugendliche(r) sein.** Falls mehr als zwei Patient:innen begleitet wurden, kann dies auf dem dafür vorgesehenen Beiblatt ergänzt werden.**

|        |                                                     |                                                                  |
|--------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|        | Kind oder Jugendlicher<br>(ambulant oder stationär) | Kind, Jugendlicher oder Erwachsener<br>(ambulant oder stationär) |
|        | Chiffre:                                            | Chiffre:                                                         |
|        | Diagnose:                                           | Diagnose:                                                        |
| Stunde | Datum der Behandlung                                | Datum der Behandlung                                             |
| 1      |                                                     |                                                                  |
| 2      |                                                     |                                                                  |
| 3      |                                                     |                                                                  |
| 4      |                                                     |                                                                  |
| 5      |                                                     |                                                                  |
| 6      |                                                     |                                                                  |
| 7      |                                                     |                                                                  |
| 8      |                                                     |                                                                  |
| 9      |                                                     |                                                                  |
| 10     |                                                     |                                                                  |
| 11     |                                                     |                                                                  |
| 12     |                                                     |                                                                  |
|        | Unterschrift Betreuer:in:                           | Unterschrift Betreuer:in:                                        |

## Beiblatt zur Falldokumentation

**Ergänzung Punkt 5 c) der Falldokumentation:** Wenn von den mindestens 12 Behandlungen (vergl. PsychThApprO, §18, Abs (2), Punkt 3) mehr als zwei verschiedene Patient:innen begleitet wurden, kann dies auf dem vorliegenden Beiblatt ergänzt werden

|        |                                                                  |                                                                  |
|--------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|        | Kind, Jugendlicher oder Erwachsener<br>(ambulant oder stationär) | Kind, Jugendlicher oder Erwachsener<br>(ambulant oder stationär) |
|        | Chiffre:<br><br>Diagnose:                                        | Chiffre:<br><br>Diagnose:                                        |
| Stunde | Datum der Behandlung                                             | Datum der Behandlung                                             |
| 1      |                                                                  |                                                                  |
| 2      |                                                                  |                                                                  |
| 3      |                                                                  |                                                                  |
| 4      |                                                                  |                                                                  |
| 5      |                                                                  |                                                                  |
| 6      |                                                                  |                                                                  |
| 7      |                                                                  |                                                                  |
| 8      |                                                                  |                                                                  |
| 9      |                                                                  |                                                                  |
| 10     |                                                                  |                                                                  |
| 11     |                                                                  |                                                                  |
| 12     |                                                                  |                                                                  |
|        | Unterschrift Betreuer:in:                                        | Unterschrift Betreuer:in:                                        |



## 6) Teilnahme an internen Fortbildungen (mindestens zwei)

|    | Absolviert in                                                                  | Thema der Fortbildung | Unterschrift Betreuer:in |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |                       |                          |
| 2. | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |                       |                          |
| 3. | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |                       |                          |

## 7) Dokumentation der Praktikumsleistungen

Das berufsqualifizierende Praktikum bietet einen breiten Einblick in die berufspraktische Arbeit, wie beispielsweise die Mitarbeit bei der Rekrutierung der potentiellen Patient:innen, Telefongesprächsführung, administrative Tätigkeit, Übernahme von Diagnostikgesprächen, Organisation und Vorbereitung der Therapieräume, spezifische Falldokumentationen und Pflege von Datenbanken.

Bitte dokumentieren Sie wichtige Praxisleistungen, die während den Praktika erarbeitet wurden. Dies können sowohl von der Institution eingebrachte Leistungen sein, wie auch Leistungen, die freiwillig erbracht bzw. selbst initiiert wurden.

Diese Leistungen können zu Beginn eines Praktikums abgesprochen werden. Sie können auch im Nachhinein zusammengestellt werden bzw. ergänzt und unterschrieben werden.

Zwei Vorlageblätter sind unten angehängt.

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Anzahl Pat. | Anzahl Stunden | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |             |                |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Anzahl Pat. | Anzahl Stunden | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |             |                |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Anzahl Pat. | Anzahl Stunden | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |             |                |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Anzahl Pat. | Anzahl Stunden | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |             |                |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Anzahl Pat. | Anzahl Stunden | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |             |                |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                             | Anzahl Pat. | Anzahl Stunden | Unterschrift Betreuer:in |
|------|-------------------------------------------|-------------|----------------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär |             |                |                          |

|  |                                   |  |  |  |
|--|-----------------------------------|--|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> Ambulant |  |  |  |
|--|-----------------------------------|--|--|--|

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in                                                                  | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------------|
| 1.   | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |         |          |                          |

Praktikumsleistung: \_\_\_\_\_

| Pat. | Absolviert in | Chiffre | Diagnose | Unterschrift Betreuer:in |
|------|---------------|---------|----------|--------------------------|
|      |               |         |          |                          |

|    |                                                                                |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär<br><input type="checkbox"/> Ambulant |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|