

Falldokumentation im Rahmen der BQT III

Name und Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

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 <input type="checkbox"/> Ambulant			
2.	<input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant			
3.	<input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant			
4.	<input type="checkbox"/> (Teil-)Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant			

b) Anamnesen

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

c) Psychodiagnostische Untersuchung

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

d) Indikationsstellungen einschließl. Suizidabklärung und Prognoseeinschätzung

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

4) Selbständiges Erstellen eines psychotherapeutischen Gutachtens

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

5) Begleitung von Behandlungen I (jeweils mindestens 12)

	Erwachsener (ambulant)	Gruppenpsychotherapie (ambulant oder stationär)
	Chiffre: Diagnose:	Chiffre: 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) Begleitung von mind. zwei weiteren Behandlungen (insgesamt mindestens 12; 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 (ambulant oder stationär)	Kind, Jugendlicher oder Erwachsener (ambulant oder stationär)
	Chiffre: Diagnose:	Chiffre: 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:

7) Teilnahme an internen Fortbildungen

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

Von Universität auszufüllen:

Laufzettel BQT-III vollständig mit allen nötigen Unterschriften vorgelegt

Ort, Datum

Unterschrift Praktikumsverantwortliche:r