

Falldokumentation im Rahmen der BQT III

Das folgende Dokument dient der Dokumentation Ihrer Tätigkeiten während Ihres BQT III.

Das berufsqualifizierende Praktikum (BQT III) dient Ihrer Ausbildung entsprechend der PsychThApprO. Neben diagnostischen und psychotherapeutischen Kompetenzen sollen Sie auch einen breiten Einblick in die berufspraktische Arbeit gewinnen. Entsprechend geleistete Tätigkeiten sollen in diesem Dokument festgehalten werden.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie vor Beginn Ihres BQT III rechtzeitig – idealerweise mit Bekanntwerden Ihrer Zuteilung – mit Ihrer Organisation bzw. Ihrer anleitenden Person Kontakt aufnehmen sollten. Insbesondere folgende Punkte sollte Sie rechtzeitig im Voraus besprechen:

- Benötige ich außer einem Masernschutz (Nachweis bitte der Organisation vorlegen) noch weitere Impfungen oder gesundheitliche Untersuchungen?
- Benötige ich ein polizeiliches Führungszeugnis?
- Gibt es eine besondere Kleiderordnung, die zu beachten ist?
- Wie wird die Einarbeitung organisiert?
- Gibt es besondere Regelungen für die zeitliche Planung des Praktikums, z.B. auch hinsichtlich Überstunden und ggf. Urlaub (z.B. hinsichtlich der Einarbeitung nachfolgender Praktikant:innen)?

Bitte nehmen Sie mit der Ansprechperson der BQT-III Institution einige Zeit vor dem Praktikum Kontakt auf und besprechen Sie offene Punkte.

Name und Vorname:

Matrikelnummer:

Vollständig ausgefülltes Dokument als Scan senden an: 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 Patient:innen verschiedener Alters- und Patient:innengruppen 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 einschließlich 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

a) Begleitung von mindestens 12 gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen

Gruppenpsychotherapie (ambulant oder stationär)	
	Gruppe (Name bzw. Thema):
	Diagnose/n:
	Zeitraum der Begleitung:
	Der/Die Kandidat:in 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)

Einzelpsychotherapie (ambulant)	
	Chiffre:
	Diagnose/n:
	Zeitraum der Begleitung:
	Der/Die Kandidat:in hat mind. 12 aufeinanderfolgende Stunden begleitet.
	Unterschrift Betreuer:in

- c) Begleitung von mind. zwei weiteren 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 (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:

6) Teilnahme an internen Fortbildungen (mindestens zwei)

	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		

7) Dokumentation der Praktikumsleistungen

Das berufsqualifizierende Praktikum (BQT III) bietet einen breiten Einblick in die berufspraktische Arbeit, wie beispielsweise die Mitarbeit bei der Rekrutierung der potentiellen Patient:innen, Telefongesprächsführung, administrative und organisatorische Tätigkeiten, Mitarbeit im Qualitätsmanagement, Übernahme von Diagnostikgesprächen, Durchführung und Auswertung psychometrischer und ggf. projektiver Tests, Vorbereitung der Therapieräume, spezifische Falldokumentationen, Unterstützung bei therapeutischen Interventionen, wie z.B. Rollenspielen und begleitete Verhaltensexperimente 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 <input type="checkbox"/> Ambulant			

Praktikumsleistung: _____

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

Praktikumsleistung: _____

Pat.	Absolviert in	Chiffre	Diagnose	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 <input type="checkbox"/> Ambulant			

Praktikumsleistung: _____

Pat.	Absolviert in	Chiffre	Diagnose	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 <input type="checkbox"/> Ambulant			