

Version 2.2 © Studie "Versorgungsrelevanz und Effektivität"

INSTITUTIONS - CODE:							
Berater(in)- / Therapeut(in)-Code:							
Berater(in)- / Therapeut(in)-Code:							
Fall-Kennnummer:							

## Grundmodul 4 Erstgespräch(e)

Datum des Erstgesprächs: \_\_\_\_\_

Datum d. Modulbearbeitung: \_\_\_\_\_

### 1 Anmeldung / Überweisung

Anmeldung durch:  die Partnerin, Ehefrau, Mutter  den Partner, Ehemann, Vater  ein Kind  
 eine andere Person  
 die Indexpatientin / den Indexpatienten

ohne Empfehlung/Überweisung 

Empfehlung/Überweisung durch: ambulant teilstationär stationär

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| → Beratungsstelle  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| → Freie Praxis   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| → Allg. Krankenhaus  | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| → Psychiatrisches Krankenhaus  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Kinder- und Jugendpsychiatrie  | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| → Psychosomat./Psychotherap. Medizin   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Reha-/Kurklinik  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Suchtklinik  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Behindertenhilfe/Stationäre Erziehungshilfe<br>(Heim, Jugendwohngemeinschaft o.ä.) | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| → Jugendamt  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| → Familienhilfe  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| → Strafvollzug / Bewährung/ Gericht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Schule   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| → Arbeitgeber  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| → sonstiges, und zwar:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**2 Durchschnittliche Gesprächsdauer:**  bis ca.30  ca.30-45  ca.45-90  mehr  
als 90 Minuten

### 3 Setting

#### 3.1 Arbeitsweise

Sie sahen den/die Klienten/in / das Paar / die Familie:

- allein; d.h. ein(e) Berater(in) / ein(e) Therapeut(in)  
 zu zweit; d.h. zwei Berater(innen) / Therapeut(inn)en  
 mit Arbeitsgruppe/ Team/ Reflecting-Team  
 in aufsuchender Familienarbeit  
 mit anderen, und zwar: \_\_\_\_\_

Sie arbeiteten:

- mit Supervision  
 mit Video / Aufnahmegeräten  
 mit Einwegspiegel  
 \_\_\_\_\_

#### 3.2 Teilnehmer(innen) beim Erstgespräch / bei den Erstgesprächen

Bitte benennen Sie zunächst, falls möglich, den/die Indexpatient(in) : \_\_\_\_\_

(bei Kindern ggf. das Geburtsjahr angeben)





