

Gesprächserfassungsbogen Psychologie (GEB-Psy)

Patientenetikett bzw.

Name:
Adresse:
Tel:
Alter:

Pall-Station Liaisondienst Ambulanz
Übernahme von:
Diagnose:

Kontakt Angehörige: _____

Behandlungsende / Sterbedatum:

Kontaktaufnahme durch

Ärzte Pflege Sozialarbeit Seelsorge
 Patient Angehörige Selbst Andere: _____

Fam.Stand:

Kinder: verheiratet verwitwet geschieden
 Lebenspartner alleinstehend

Fragestellung:

Themen/Problemfelder

P=Patient A=Angehörige

	P	A		P	A
Psychisch:			Sozial:		
Psych. Vorbelastung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partnerschaftsprobleme...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familie/Kinder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Freunde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzufriedenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt-Pat.-Kommunikation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuldgefühle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Therapieentscheidungen..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstwert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoffnungslosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physisch:		
Stimmungsschwankung...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteilslosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zurückgezogenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbrechen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wesensveränderung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwäche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kogn. Einschränkung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährung/-situation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coping.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einschlafstörungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdrängung (pathol.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchschlafstörungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todeswunsch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existentiell/Spirituell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interventionen

	P	A
1 Bedarfserhebung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Beratung / Information....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Krisenintervention.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Diagnostik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Entspannung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Visualisierungsübung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Emotionaler Ausdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ressourcenarbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Biographie/ Lebensbilanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Problembewältigung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Krankheitsbewältigung....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Angstbewältigung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Vorbereitung auf künftige Lebenssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Begleitung/ Da Sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Trauer/Sterbebegleitung..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erstgespräch: Datum: _____ Dauer: _____ Ort : _____

Einzelgespräch Patient Angehörigengespräch Paargespräch Familiengespräch sonstige

Gesprächsinhalte/Interventionen: Schwerpunkt auf: 1. 2. 3.

Zu erledigen/geplante Interventionen:

Absprachen mit:

Ärzte: _____ Pflege: _____ Sozialarbeit: _____ Seelsorge: _____ Sonstige: _____

Folgegespräch Nr.: ___ Datum: _____ Dauer: _____ Ort : _____

Einzel Patient Angehörige Paargespräch Familiengespräch sonstige Poststationär

Gesprächsinhalte/Interventionen: Schwerpunkt auf: 1. 2. 3.

Zu erledigen/geplante Interventionen:

Absprachen mit:

Ärzte: _____ Pflege: _____ Sozialarbeit: _____ Seelsorge: _____ Sonstige: _____

Folgegespräch Nr.: ___ Datum: _____ Dauer: _____ Ort : _____

Einzel Patient Angehörige Paargespräch Familiengespräch sonstige Poststationär

Gesprächsinhalte/Interventionen: Schwerpunkt auf: 1. 2. 3.

Zu erledigen/geplante Interventionen:

Absprachen mit:

Ärzte: _____ Pflege: _____ Sozialarbeit: _____ Seelsorge: _____ Sonstige: _____

Folgegespräch Nr.: ___ Datum: _____ Dauer: _____ Ort : _____

Einzel Patient Angehörige Paargespräch Familiengespräch sonstige Poststationär

Gesprächsinhalte/Interventionen: Schwerpunkt auf: 1. 2. 3.

Zu erledigen/geplante Interventionen:

Absprachen mit:

Ärzte: _____ Pflege: _____ Sozialarbeit: _____ Seelsorge: _____ Sonstige: _____