

Behandlerbefragung

4000 - Mutter-/Vater-Kind - Eltern

Version 5.0

Fragebogenstruktur

Teilnahme	3
Allgemeine Angaben zur Aufnahme	3
Behandlungs-Diagnosen bei Aufnahme	3
Verlauf	4
Entlassung	4

MUSTER

Teilnahme

1 Teilnahme der Patientin / des Patienten an der Erhebung*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 1 = 'nein'</i>	
1.1 Geben Sie bitte den zeitlich ersten Grund für die Nichtteilnahme an*	<input type="radio"/> verweigert <input type="radio"/> kognitive / physische Einschränkungen <input type="radio"/> sprachliche Probleme <input type="radio"/> anderes

Allgemeine Angaben zur Aufnahme

2 Alter*	<input type="text" value="Ganzzahl (1 - 130)"/> Jahre
3 Geschlecht*	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers
4 Aufnahmedatum*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
5 Art der Maßnahme*	<input type="radio"/> Mutter-/Vater-Maßnahme <input type="radio"/> Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme
6 Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme*	<input type="radio"/> Vorsorge-Maßnahme laut Zuweisung <input type="radio"/> Rehabilitationsmaßnahme laut Zuweisung <input type="radio"/> keine spezifische Zuweisung aus ungeklärter Ursache, einrichtungsinterne Zuordnung ist Vorsorge <input type="radio"/> keine spezifische Zuweisung aus ungeklärter Ursache, einrichtungsinterne Zuordnung ist Rehabilitation
7 Kinder gesamt*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 12)"/> Kind(er)
<i>wenn Frage 7 > 0</i>	
7.1 davon Anzahl medizinisch behandlungsbedürftiger Kinder*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 12)"/> Kind(er)
8 Datum der Aufnahmeuntersuchung*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>

Behandlungs-Diagnosen bei Aufnahme

9 Hauptdiagnose (ICD-10-GM)*	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
Nebendiagnose(n)	
10 Nebendiagnose 1 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
11 Nebendiagnose 2 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
12 Nebendiagnose 3 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
13 Nebendiagnose 4 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
14 Nebendiagnose 5 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>

Verlauf

15	Vorsorge-/ Reha-Motivation*	<input type="radio"/> 1 = sehr hohe Motivation <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 = keine Motivation
16	Datum der ersten Behandlung*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
17	Gab es weitere Arztkontakte*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 17 = 'ja'</i>		
17.1	Datum des ersten weiteren Arztkontakts nach der Aufnahmeuntersuchung (z.B. Zwischenuntersuchung)*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
Interdisziplinäre Fallbesprechung(en)		
18	Datum der 1. interdisziplinären Fallbesprechung	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
19	Datum der 2. interdisziplinären Fallbesprechung	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
20	Datum der 3. interdisziplinären Fallbesprechung	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
21	Datum der 4. interdisziplinären Fallbesprechung	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
22	Datum der 5. interdisziplinären Fallbesprechung	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
23	Anzahl ausgefallener Therapien / Maßnahmen - Aufgrund einer Absage der Einrichtung*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 99)"/> Anzahl
24	Durch die Patientin / den Patienten nicht wahrgenommene Therapien / Maßnahmen (aus persönlichen Gründen oder aufgrund interkurrenter Erkrankungen oder Erkrankungen des Kindes)*	<input type="text" value="Ganzzahl (0 - 99)"/> Anzahl
25	Interkurrente Erkrankung der Patientin / des Patienten*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Entlassung

26	Datum des Entlassungsgesprächs*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
27	Wurden der Patientin / dem Patienten Empfehlungen für die Nachsorge gegeben?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 27 = 'ja'</i>		
27.1	Empfehlung für die Nachsorge*	<input type="text" value="Freitext mit max. 255 Zeichen"/>
28	Wurde ein Entlassungsbericht ausgehändigt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 28 = 'ja'</i>		
28.1	Datum der Aushändigung eines gegebenenfalls vorläufigen Entlassungsberichts an die Patientin / den Patienten*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
29	Datum der Entlassung*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>

30 Art der Entlassung*

- regulär
- nach Verlängerung
- vorzeitig

wenn Frage 30 = 'vorzeitig'

30.1 Art der vorzeitigen Entlassung*

- disziplinarisch
- gegen ärztlich-therapeutischen Rat
- mit ärztlich-therapeutischer Einwilligung

wenn Frage 30.1 = 'mit ärztlich-therapeutischer Einwilligung'

30.1.1 Grund der ärztlich-therapeutischen Einwilligung*

Freitext mit max. 255 Zeichen

MUSTER