

Anlage 1: Erhebungsbogen

Fragebogen 1 zum Konsil

IDK

Welches Ziel hat das psychiatrische Konsil?

IDP

Abteilung .....

Notfall 0

Regulär 0

ANFORDERUNG		ERFÜLLUNG	
		Patient entlassen	<input type="checkbox"/>
Diagnostik	<input type="checkbox"/>	Diagnostik	<input type="checkbox"/>
Behandlungsempfehlung	<input type="checkbox"/>	Behandlungsempfehlung	<input type="checkbox"/>
Mitbetreuung	<input type="checkbox"/>	Mitbetreuung	<input type="checkbox"/>
Übernahme	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>
Erstkontakt	<input type="checkbox"/>	Teamsupervision	<input type="checkbox"/>
Konsil pro Patient	<input type="checkbox"/>		

Psychiatrische Verdachtsdiagnose gestellt?

Ja

Nein

Zeitpunkt der Anforderung: 1.  Tage nach Aufnahme

2.  Tage vor Entlassung

Datum Aufnahme   1998

Datum Entlassung   1998

Fragebogen 2 -> an den anfordernden Arzt

IDK

IDP

- Abteilung .....

- klinische Erfahrung: .... Monate

- Behandler angetroffen: Ja  Nein

- Infos bei Pflegepersonal eingeholt: Ja  Nein

1. Wie schätzen Sie Ihre eigene psychiatrische Kompetenz ein?

überhaupt  
keine |-----| sehr hoch

2. Auf wessen Initiative wurde das Konsil angefordert?

Arzt  Patient  beide

3. Haben Sie bereits Erfahrung mit psychiatrischen Konsilen?

Nein  Ja  -> Welche?

ganz schlecht |-----| bestens

4. Einige Fragen zur Anamnese:

a) Ist/War der Patient in nervenärztlicher Behandlung?

Ja  Nein  nicht bekannt  nicht gefragt

b) Hat der Patient je Psychopharmaka eingenommen?

Ja  Nein  nicht bekannt  nicht gefragt

c) Familienstand

d) Beruf

e) Kinderzahl

Fragebogen 3 -> an den Patienten

IDK

IDP

1. Sind Sie über das Gespräch mit der Psychiaterin informiert worden?

Ja  Nein  nicht beurteilbar

2. Einige Fragen zur Anamnese:

a) Sind/Waren Sie in nervenärztlicher Behandlung?

Ja  Nein  Unbekannt

Übereinstimmung

Ja  Nein

b) Nehmen Sie (haben Sie genommen) Psychopharmaka?

Ja  Nein  Unbekannt

Übereinstimmung

Ja  Nein

c) Familienstand .....

Ja  Nein

d) Beruf .....

Ja  Nein

e) Kinderzahl .....

Ja  Nein

Alter

Geschlecht  M  W

Diagnose: ICD ..... / F .....

Konsil-Nr.:

