

Einschätzung der häuslichen Situation

(bitte ankreuzen; ja oder nein durchkreuzen)

1	Wir haben uns alle anders als sonst verhalten	ja	nein
2	Es gab heftige Auseinandersetzungen	ja	nein
3	Es wurde alles unter den Teppich gekehrt	ja	nein

Um wie viel Uhr zu Bett gegangen?

Um wie viel Uhr aufgestanden?

Wenn Ihr Kind Medikamente erhält, bitten wir Sie die nächsten Fragen kurz zu beantworten:

Fragen 2 und 3 müssen bei Erstbewertungen ausgeklammert werden, indem man 0 (nicht beurteilbar) ankreuzt.

1. Schweregrad der Krankheit Ziehen Sie ihren gesamten Erfahrungsschatz in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung Ihres Kindes einschätzen		2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung Beurteilen Sie dabei die Zustandsänderung insgesamt, also nicht nur das Ergebnis der Medikamentenbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand Ihres Kindes mit dem zu Beginn der Behandlung, und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild Ihres Kindes geändert hat.	
0	nicht beurteilbar	0	nicht beurteilbar
1	Kind ist überhaupt nicht krank	1	Zustand ist sehr viel besser
2	Kind ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	2	Zustand ist viel besser
3	Kind ist nur leicht krank	3	Zustand ist nur wenig besser
4	Kind ist mäßig krank	4	Zustand ist unverändert
5	Kind ist deutlich krank	5	Zustand ist etwas schlechter
6	Kind ist schwer krank	6	Zustand ist viel schlechter
7	Kind gehört zu den extrem schwer Kranken	7	Zustand ist sehr viel schlechter

3. Wirksamkeits-Index Bitte beurteilen Sie das Verhältnis von therapeutischem Effekt und auftretenden Nebenwirkungen			
3.1. Therapeutische Wirksamkeit (gewünschte Arzneiwirkung)		3.2. Unerwünschte Wirkungen (Therapie-Risiken)	
0	nicht beurteilbar	0	nicht beurteilbar
1	Sehr gut – Umfassende Besserung. Vollständige oder fast vollständiger Rückgang aller Symptome	1	Keine
2	Mäßig – Deutliche Besserung. Teilweise Rückgang der Symptome	2	Beeinträchtigen mein Kind nicht wesentlich
3	Gering – Leichte Besserung. Eine weitere Behandlung des Kindes ist dennoch nötig	3	Beeinträchtigen mein Kind wesentlich
4	Zustand unverändert oder verschlechtert	4	Überwiegen die therapeutischen Wirksamkeit

KINDER-,JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE BONN-EUSKIRCHEN

Verlauf zuhause

Von den Eltern (bzw. ggf. Heimbetreuern) auszufüllen und den Stationsmitarbeitern auszuhändigen:

Liebe Eltern,

von patient	z.Zt. station
-------------	---------------

auch wenn unser Patient bei Ihnen zuhause ist, fühlen wir uns für ihn verantwortlich.

Wochenendbeurlaubungen sollen dazu dienen, zu erproben, ob die Hilfe der Klinik noch erforderlich ist.

Um dies einschätzen zu können, bitten wir Sie, die Fragen auf den nächsten Seiten zu beantworten.

Bitte bringen Sie Ihr Kind am Sonntag gegen wir haben dann Zeit für ein Abstimmungsgespräch	h
---	---

Nächster Elternnachmittag	tag:	zeit:
Nächster Elternabend	tag:	zeit:
Nächste Eltern-Hospitation	tag:	ab stunde:

Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Behandlungsteam (Bezugsbetreuer)



Qualität für Menschen

Kind war zuhause von	bis
Was hat es gemacht?	
War es ständig unter elterlicher Kontrolle? ☐ ja ☐ nein Wenn nein, wo war es, wie lange?	
Sind Besonderheiten aufgetreten? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?	
War nach Ihrer Einschätzung der Aufenthalt zuhause für die Behandlung hilfreich? ☐ ja ☐ nein Wenn nein, was sollte anders gemacht werden?	
Haben sich Ihrer Meinung nach seit dem letzten Aufenthalt zuhause die Probleme ☐ verbessert ☐ verschlechtert? oder ☐ verschlechtert? Wenn verschlechtert, bitte beschreiben:	

Welche Schwierigkeiten haben sich in der Beurlaubung gezeigt? 0 = keine, 1 = geringe, 2 = leichte, 3 = mäßige, 4 = deutliche	
1. Beziehung zu Familienangehörigen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
2. Beziehung zu Gleichaltrigen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
3. Beziehung zu Erwachsenen außerhalb der Familie	0 - 1 - 2 - 3 - 4
4. Allgemeine Selbständigkeit	0 - 1 - 2 - 3 - 4
5. Lebenspraktische Fähigkeiten	0 - 1 - 2 - 3 - 4
6. Persönliche Hygiene und Ordnung	0 - 1 - 2 - 3 - 4
7. Schulische Anpassung (wenn Erprobung durchgeführt)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
8. Entfaltung von Interessen	0 - 1 - 2 - 3 - 4
9. Freizeitaktivitäten	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Bemerkungen:	
Bitte gönnen Sie sich Zeit für eine Nachbesprechung der Beurlaubung! Bitte teilen Sie uns Ihre Wünsche mit!	