

# Arbeitsmaterialien

- A1 AMDP-Bogen: Psychischer Befund
- A2 Dokumentationsbogen für psychische Erkrankungen
- A3 Demenzdetektionstest (DemTect) (Kessler et al. 2000)
- A4 Uhrentest (Sunderland et al. 1989)
- A5 Geriatrische Depressionsskala (GDS) (Sheikh u. Yesavage 1986)
- A6 ADHS-Selbstberurteilungsskala (ADHS-SB) (Rösler et al. 2004)
- A7 Audit-C-Screening-Text (Wetterling u. Veltrup 1997)
- A8 Alkohol-Entzugs-Skala (Stuppäck et al. 1995)
- A9 Arbeitsblätter: »Verstehen eines Ausrutschers« und »Einen Ausrutscher verarbeiten« (Brück u. Mann 2006)
- A10 Fagerstrøm Test for Nicotine Dependence (FTND) (Heatherton et al. 1991)
- A11 Eltern-Lehrer-Fragebogen (Kurzform) (Steinhausen 1996, mod. nach Conners 1973)
- A12 Suizidcheckliste
- A13 Musterschreiben an das zuständige Vormundschaftsgericht zur Anregung einer Betreuung im Wege einer »Einstweiligen Anordnung«
- A14 Öffentlich-rechtliche Unterbringung – Musterschreiben zur Beendigung der Unterbringung (Beispiel PsychKG NW)
- A15 Öffentlich-rechtliche Unterbringung – Freiwilliger Krankenhausaufenthalt, Freiwilligkeitserklärung (Beispiel PsychKG NW)
- A16 Checkliste für die öffentlich-rechtliche Unterbringung eines psychisch kranken Patienten (Beispiel PsychKG NW)
- A17 Musterschreiben an das zuständige Vormundschaftsgericht zur Anregung einer Betreuung
- A18 Patientenvollmacht (Ärztekammer Nordrhein 2006)
- A19 Patientenverfügung (Patiententestament) (Ärztekammer Nordrhein 2006)



## A1 AMDP-Bogen: Psychischer Befund

Name des Patienten:

Geburtsdatum/Alter:

Untersuchungsdatum:

Psychischer Befund. (In Anlehnung an das AMDP-System 2007)					
Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
<b>Bewusstseinsstörungen</b>					
Verminderung					
Trübung					
Einengung					
Verschiebung					
<b>Orientierungsstörungen</b>					
Zeitlich					
Örtlich					
Situativ					
Zur eigenen Person					
<b>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</b>					
Auffassungsstörungen					
Konzentrationsstörungen					
Merkfähigkeitsstörungen					
Gedächtnisstörungen					
Konfabulationen					
Paramnesien					
<b>Formale Denkstörungen</b>					
Denkverlangsamung					
Denkhemmung					
Eingeengtes Denken					
Perseveration					
Grübeln					
Ideenflucht					

Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
Gesperrt/Gedankenabreißen					
<b>Befürchtungen und Zwänge</b>					
Hypochondrie					
Phobien					
Zwangsdenken					
Zwangsimpulse					
Zwangshandlungen					
<b>Wahn</b>					
Wahnwahrnehmung					
Wahnstimmung					
Wahndynamik					
Beziehungswahn					
Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn					
Eifersuchtswahn					
Schuldwahn					
Verarmungswahn					
Hypochondrischer Wahn					
<b>Sinnestäuschungen</b>					
Illusionen					
Stimmenhören					
Andere akustische Halluzinationen					
Optische Halluzinationen					
Körperhalluzinationen					
Pseudohalluzinationen					
<b>Ich-Störungen</b>					
Derealisation					
Depersonalisation					
Gedankenausbreitung					
Gedankenentzug					
Gedankeneingebung					
Andere Fremdbeeinflussungs- erlebnisse					

Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
<b>Störungen der Affektivität</b>					
Ratlos					
Eindruck der Gefühllosigkeit					
Affektarm					
Störung der Vitalgefühle					
Deprimiert/depressiv					
Hoffnungslos					
Insuffizienzgefühle					
Schuldgefühle					
Ambivalent					
Affektstarr					
<b>Störungen des Antriebs und der Psychomotorik</b>					
Antriebsarm					
Antriebsgehemmt					
Antriebsgesteigert					
Motorisch unruhig					
Manieriert, bizarr					
Mutistisch					
Logorrhöisch					
<b>Zirkadiane Besonderheiten</b>					
Morgens schlechter					
Abends schlechter					
Abends besser					
<b>Andere Störungen</b>					
Aggressivität					
Selbstbeschädigung					
Suizidalität					
Mangel an Krankheitseinsicht					
Mangel an Krankheitsgefühl					
Ablehnung der Behandlung					
Sozialer Rückzug					
Soziale Umtriebigkeit					



## A2 Dokumentationsbogen für psychische Erkrankungen

Name, Vorname	Datum
Geburtsdatum, Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m

Adresse

Telefon

Rechtliche Grundlage

☐ PsychKG/UBG

☐ BGB

☐ Freiwillig

Einweisungsmodus: Ein-/Zuweisung via

☐ Selbst

☐ Notdienst

☐ Betreuer

☐ Hausarzt

☐ Ambulanz

☐ Suchtberatung

☐ Psychiater

☐ Angehöriger

☐ Sonstiges

Schweigepflichtentbindung ja/nein

**Aktuelle Beschwerden und Auffälligkeiten** (aktuelle Symptomatik, Anlass der Untersuchung):

Eigengefährdung ja/nein

Fremdgefährdung ja/nein

### Soziale Anamnese

Wo aufgewachsen: Land:

Dorf/kleine/große Stadt

Bei wem aufgewachsen:

Alter bei Auszug aus elterlichem Haus:

Muttersprache:

Religiös: ja/nein

Kindheit unauffällig und normal: ja/nein

Besonderheiten/Auffälligkeiten in der Kindheit:

Kindergarten: ja/nein

Schule: Jahre: Klasse wiederholt: ja/nein

Abschluss: keinen/Hauptschule/Realschule/Gymnasium

Ausbildung zum: Dauer: Abgeschlossen: ja/nein

Sonstige berufliche und soziale Entwicklung:

Militärdienst: ja/nein Grund, warum nicht:

Zivildienst

Interessen, Hobbys:

Wohnung:

Miete/Eigentum/Größe:

Mitbewohner:

Geld: ausreichend/knapp ☐ Sozialhilfe ☐ Arbeitslosenhilfe ☐ Arbeitslosengeld

Schulden: ja/nein Höhe der Schulden:

Fahrerlaubnis erworben: ja/nein

Entzogen: ja/nein

Wenn entzogen, warum:

☐ Asylantrag gestellt

☐ Aufenthaltsberechtigung

Status: bewilligt/abgelehnt/noch im Entscheidungsprozess

Freunde/Bekannte: viele/wenige

Einzelgänger: ja/nein

Aktuelle Beziehung/Ehe: ja/nein

Zusammen/Verheiratet seit: 1./2. Ehe

Angaben zum Partner: Alter:

Beruf: Gesund/Krank

Beziehungsqualität: gut/schlecht

Getrennt/Geschieden seit:

Frühere Beziehungen:

Kinder: 1. Kind: Junge/Mädchen

Alter: Verhältnis/Kontakt: gut/schlecht

Sonstiges:

2. Kind: Junge/Mädchen

Alter: Verhältnis/Kontakt: gut/schlecht

Sonstiges:

3. Kind: Junge/Mädchen

Alter: Verhältnis/Kontakt: gut/schlecht

Sonstiges:

4. Kind: Junge/Mädchen

Alter: Verhältnis/Kontakt: gut/schlecht

Sonstiges:





### Medikamentenanamnese

Aktuelle Medikation:

Medikamentenunverträglichkeiten bekannt: ja/nein      Welche:

### Suchtanamnese

Rauchen: ja/nein      Anzahl der Zigaretten pro Tag:      Raucher seit:

Alkohol: nicht täglich und nur in sozial üblichen Mengen: ja/nein

Täglich: ja/nein      Was und wie viel:

Trinken seit:      Erster Vollrausch:

Entzugszeichen: ja/nein      Entwöhnungstherapien: ja/nein

Alkoholtypische Folgeerscheinungen: ja/nein      Welche:

Schädlicher Konsum von Medikamenten (Schlafmittel/Schmerzmittel/Beruhigungsmittel/  
Schlankheitsmittel/Laxanzien): ja/nein      Was und wie viel:

Illegale Drogen: jemals Erfahrung damit: ja/nein      Regelmäßig: ja/nein      Erster Konsum:  
Haschisch/Kokain/synthetische bzw. Designerdrogen/Heroin/LSD, Pilze/Speed, Amphetamine/  
andere:

Nicht stoffgebundene Süchte: ja/nein      Welche:

**Frühere Erkrankungen** (frühere psychische und somatische Erkrankungen, frühere ambulante  
und stationäre Behandlungen, Operationen, Unfälle [speziell mit Schädel-Hirn-Traumata],  
Kurverschickungen)

Suizidversuch in Vergangenheit: ja/nein

### Familienanamnese

Vater:    lebt/gestorben      Alter:      Gestorben wann:      An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis zum Vater:

Mutter:    lebt/gestorben      Alter:      Gestorben wann:      An:

Beruf:

Gesundheitsprobleme:

Kontakt/Verhältnis zur Mutter:

Wohnort der Eltern:

Verheiratet/Getrennt/Geschieden seit:

Geschwister:

1. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben   Alter:   Gestorben wann:   An:  
 Beruf:  
 Gesundheitsprobleme:  
 Kontakt/Verhältnis:

2. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben   Alter:   Gestorben wann:   An:  
 Beruf:  
 Gesundheitsprobleme:  
 Kontakt/Verhältnis:

3. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben   Alter:   Gestorben wann:   An:  
 Beruf:  
 Gesundheitsprobleme:  
 Kontakt/Verhältnis:

4. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben   Alter:   Gestorben wann:   An:  
 Beruf:  
 Gesundheitsprobleme:  
 Kontakt/Verhältnis:

5. Geschwister: Bruder/Schwester

Lebt/gestorben   Alter:   Gestorben wann:   An:  
 Beruf:  
 Gesundheitsprobleme:  
 Kontakt/Verhältnis:

Stiefgeschwister: ja/nein

Wer von den Genannten:

Halbgeschwister: ja/nein

Wer von den Genannten:

Familiäre Belastung mit psychischen Erkrankungen: ja/nein

Wer/Was:

Versuchte oder vollendete Suizide in der Familie: ja/nein

Wer/Wann/Wie:

## Zusätzliche Angaben von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen

**Körperlicher Befund** (allgemeinkörperlicher und neurologischer Befund):

### Psychopathologischer Befund

- Äußere Erscheinung: Klein/mittelgroß/groß, schlank/adipös  
 Sportliche/modische/elegante/schlichte/einfache Kleidung  
 Körperlich und in der Kleidung nicht ganz/durchschnittlich/sehr gepflegt  
 Sehr jugendlich/vorgealtert wirkend  
 Sonstiges:
- Kein/Ausgeprägter Akzent
- Sozialkontakt: Selbstunsicher/beflissen/selbstsicher/adäquat/höflich/freundlich-zugewandt/  
 ablehnend/unkooperativ/verschlossen/distanzlos/aggressiv  
 Sonstiges:
- Intelligenz: Unterhalb/im/oberhalb des Normbereichs
- Bewusstsein: Quantitativ: wach/somnolent/soporös/präkomatös/komatös  
 Qualitativ: unauffällig/Bewusstseinseintrübung/-einengung/-verschiebung  
 Sonstiges:
- Orientierung: Zeitlich ☐ Unauffällig ☐ Gestört  
 Örtlich ☐ Unauffällig ☐ Gestört  
 Situativ ☐ Unauffällig ☐ Gestört  
 Zur Person ☐ Unauffällig ☐ Gestört
- Aufmerksamkeit: Konzentration gut/Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen intakt/Auffas-  
 sungsstörungen/Konzentrationsstörungen/Merkfähigkeits- und Gedächtnis-  
 störungen  
 Sonstiges:
- Formales Denken: Ungestört/verlangsamt/weitschweifig/gehemmt/umständliches Denken/  
 eingengtes Denken/Perseveration/Grübeln/Gedankendrängen/Ideenflucht/  
 Vorbeireden/gesperrt/Gedankenabreißen/inkohärent, zerfahren/Neologismen  
 Sonstiges:

- Inhaltliches Denken: Unauffällig/Wahn/Wahneinfall/Wahngedanke/Wahnwahrnehmung/Wahnstimmung/Schuldwahn/Verarmungswahn/Verfolgungswahn/Beeinträchtigungswahn/Beziehungswahn/hypochondrischer Wahn/überwertige Ideen  
Sonstiges:
- Sinnestäuschungen: Illusionen/akustische Halluzinationen/optische Halluzinationen/olfaktorische Halluzinationen/gustatorische Halluzinationen/taktile oder haptische Halluzinationen/Zonästhesien/leibliche Beeinflussungserlebnisse  
Sonstiges:
- Ich-Störungen: Derealisation/Depersonalisation/Gedankenausbreitung/-entzug/-eingung/andere Fremdbeeinflussungserlebnisse  
Sonstiges:
- Affektivität: Stimmung nicht/auffällig verändert/Ratlosigkeit/Gefühl der Gefühllosigkeit/affektarm/Störung der Vitalgefühle/deprimiert, depressiv/hoffnungslos/ängstlich/euphorisch/dysphorisch/gereizt/innerlich unruhig/klagsam, jammerig/Insuffizienzgefühle/gesteigertes Selbstwertgefühl/Schuldgefühle/ambivalent/Parathymie/affektlabil/affektinkontinent/affektstarr/affektive Schwingungsfähigkeit gut/nicht erhalten  
Sonstiges:
- Zwänge und Ängste: Zwangsgedanken/Zwangshandlungen/Zwangsimpulse/Phobien/Panikattacken/Ängste  
Sonstiges:
- Antrieb und Psychomotorik: Nicht gestört/antriebsarm/antriebsgehemmt/antriebsgesteigert/motorisch unruhig/Parakinesien/Hyperkinesien/Akinesie/Hypokinesie/Stupor/Raptus/manipuliert, bizarr/theatralisch/mutistisch/logorrhöisch  
Sonstiges:
- Zirkadiane Besonderheiten: Keine Besonderheiten/morgens schlechter/abends schlechter/abends besser  
Sonstiges:
- Sonstige Merkmale: Aggressivität/Selbstbeschädigung/Suizidalität/Mangel an Krankheitseinsicht/Mangel an Krankheitsgefühl/Ablehnung der Behandlung/sozialer Rückzug/soziale Umtriebigkeit  
Sonstiges:

### Somatomedizinische und testpsychologische Zusatzdiagnostik

- |              |  |               |  |
|--------------|--|---------------|--|
| EEG          | <input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet | EKG           | <input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet |
|              | <input type="checkbox"/> Befund liegt vor        |               | <input type="checkbox"/> Befund liegt vor        |
| Notfalllabor | <input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet | Thoraxröntgen | <input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet |
|              | <input type="checkbox"/> Befund liegt vor        |               | <input type="checkbox"/> Befund liegt vor        |

Routinelabor	<input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet <input type="checkbox"/> Befund liegt vor	CCT	<input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet <input type="checkbox"/> Befund liegt vor
Lumbalpunktion	<input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet <input type="checkbox"/> Befund liegt vor	MRT	<input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet <input type="checkbox"/> Befund liegt vor
Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> Untersuchung angemeldet <input type="checkbox"/> Befund liegt vor	Konsile:	

**Arbeitsdiagnosen** (psychische und somatische Diagnosen nach ICD-10, Differenzialdiagnosen):

**Prozedere (Behandlungsplan):**

Medikamentös:

Psychotherapeutisch:

Psychosozial:

## A3 Demenzdetektionstest (DemTec) (Kessler et al. 2000)

### Demenzdetektionstest (DemTec)

1. Wortliste (1. Zeile vorlesen – Wiedergabe – 2. Zeile vorlesen – Wiedergabe)

Teller ☐ Hund ☐ Lampe ☐ Brief ☐ Apfel ☐ Hose ☐ Tisch ☐ Wiese ☐ Glas ☐ Baum ☐  
 Teller ☐ Hund ☐ Lampe ☐ Brief ☐ Apfel ☐ Hose ☐ Tisch ☐ Wiese ☐ Glas ☐ Baum ☐

Richtig erinnerte Begriffe (max. 20)

2. Zahlen Umwandeln (siehe nächste Seite)

Richtige Umwandlungen

(Ziffern als Zahlwort schreiben und umgekehrt Zahlwörter als Ziffern)

3. Supermarktaufgabe (In einer Minute möglichst viele Dinge nennen, die es im Supermarkt zu kaufen gibt)

☐ Genannte Begriffe  
☐ (max. 20)

4. Zahlenfolge rückwärts (Zahlenfolge nennen, Proband wiederholt Zahlenfolge rückwärts, jeweils 2. Versuch möglich)

1. Versuch	7-2	4-7-9	5-4-9-6	2-7-5-3-6	8-1-3-5-4-2	Längste richtig rückwärts
2. Versuch	8-6	3-1-5	1-9-7-4	1-3-5-4-8	4-1-2-7-9-5	wiederholte Folge
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	(max. 6) <input type="text"/>

5. Erneute Abfrage der obigen Wortliste

Teller ☐ Hund ☐ Lampe ☐ Brief ☐ Apfel ☐ Hose ☐ Tisch ☐ Wiese ☐ Glas ☐ Baum ☐

Richtig erinnerte Begriffe (max. 10)

## 2. Zahlen umwandeln

Beispiel: 5 → fünf; drei → 3

209 = \_\_\_\_\_

4054 = \_\_\_\_\_

Sechshunderteinundachtzig = \_\_\_\_\_

Zweitausendsiebenundzwanzig = \_\_\_\_\_



**Demenzdetektionstest (DemTec), Auswertung**

Die Rohwerte werden nach folgender Tabelle umgerechnet und bewertet

Aufgabe	Ergebnis (Rohwert)	Über 60 Jahre						Unter 60 Jahre						Punkte
1. Wortliste		Ab:	7	9	11			Ab:	8	11	13			
2. Zahlen umwandeln		Ab:	1	3	4			Ab:	1	3	4			
3. Supermarktaufgabe		Ab:	6	10		16		Ab:	13	16		20		
4. Zahlenfolge rückwärts		Ab:	2	3	4			Ab:	2	4	5			
5. Erneute Wortliste		Ab:	1	3			5	Ab:	1	4				
<b>Punktzahl</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
<b>Punktzahl</b>	<b>Diagnose</b>						<b>Handlungsempfehlung</b>							
13–18 Punkte	Altersgemäße kognitive Leistung						Nach 12 Monaten bzw. bei Problemen neu testen							
9–12 Punkte	Leichte kognitive Beeinträchtigung						Nach 6 Monaten neu testen							
= 8 Punkte	Demenzverdacht						Weitere diagnostische Abklärung – Therapie							

Weitere Informationen unter <http://www.kcgeriatrie.de/instrumente/demtect-manual.pdf>



## A4 Uhrentest

Aufgabe: »Bitte zeichnen Sie das Zifferblatt einer Uhr mit allen Zahlen und stellen Sie die Zeiger auf 11:10 Uhr ein!«

### Auswertung des Uhrentests (Sunderland et al. 1989)

#### Die Zeichnung des Zifferblatts (Kreis und Zahlen) ist richtig

**10** Die Zeiger sind in der richtigen Position



**9** Leichte Fehler in der Zeigerposition



**8** Auffällige Fehler in der richtigen Platzierung von Stunden- und Minutenanzeiger



**7** Die Zeigerplatzierung weicht deutlich von der Zeigervorgabe ab

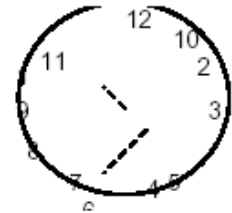


**6** Statt der Verwendung von Zeigern andere Kennzeichnung der Uhrzeit

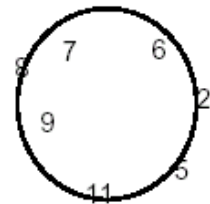


**Die Zeichnung des Zifferblatts (Kreis und Zahlen) ist nicht richtig**

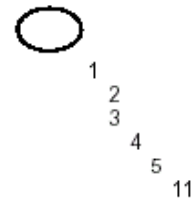
- 5** Häufung von Zahlen in einem Bereich des Zifferblatts oder seitenverkehrte Platzierung der Zahlen. Möglicherweise werden noch Zeiger eingezeichnet



- 4** Deutliche Entstellung der Zahlenreihenfolge. Die Einheit des Zifferblatts ist aufgehoben. (Zahlen fehlen oder sind außerhalb des Kreises)



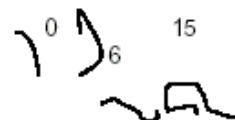
- 3** Die Zahlen und das Zifferblatt bilden in der Zeichnung keine erkennbare Einheit. Zeiger werden nicht mehr eingezeichnet



- 2** Die Zeichnung lässt erkennen, dass der Versuch unternommen wurde, eine Uhr zu zeichnen. Die Ähnlichkeit mit einer Uhr ist jedoch vage



- 1** Entweder, es wurde kein Versuch unternommen, die Aufgabe zu erfüllen, oder der Versuch ist nicht interpretierbar



**Uhrentest, Interpretation**

*Der Punkterange reicht von 1 bis 10 Punkten, wobei 10 Punkte das beste und 1 Punkt das schlechteste Ergebnis darstellt. Untersuchungen zeigen, dass der Cut-off mit dem besten Verhältnis von Sensitivität zu Spezifität bei 8/9 Punkten liegt (Sensitivität 79–85%, Spezifität 80–93%) (Brodaty et al. 1997, Schramm et al. 2002).*



## A5 Geriatrische Depressionsskala (GDS) (Sheikh u. Yesavage 1986)

---

### Geriatrische Depressionsskala (GDS)

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Sind Sie im Wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?  | Ja/Nein |
| 2. Haben Sie viele Interessen und Aktivitäten aufgegeben?   | Ja/Nein |
| 3. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist?   | Ja/Nein |
| 4. Sind Sie oft gelangweilt?  | Ja/Nein |
| 5. Schauen Sie zuversichtlich in die Zukunft?   | Ja/Nein |
| 6. Sind Sie besorgt, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?  | Ja/Nein |
| 7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?   | Ja/Nein |
| 8. Fühlen Sie sich oft hilflos?   | Ja/Nein |
| 9. Ziehen Sie es vor, zu Hause zu bleiben, anstatt auszugehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?   | Ja/Nein |
| 10. Haben Sie den Eindruck, dass Sie in letzter Zeit mehr Probleme mit Ihrem Gedächtnis haben als früher? | Ja/Nein |
| 11. Finden Sie es schön, jetzt in dieser Zeit zu leben?   | Ja/Nein |
| 12. Fühlen Sie sich ziemlich wertlos, so wie Sie zurzeit sind?  | Ja/Nein |
| 13. Fühlen Sie sich voller Energie?   | Ja/Nein |
| 14. Haben Sie das Gefühl, Ihre Situation sei hoffnungslos?  | Ja/Nein |
| 15. Haben Sie den Eindruck, dass es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?                           | Ja/Nein |

### **Geriatrische Depressionsskala (GDS), Auswertung**

*Für die Fragen 1, 5, 7, 11, 13 gibt es für die Antwort »nein«, für die übrigen Fragen für die Antwort »ja« jeweils einen Punkt.*

*Maximale Punktzahl: 15; Summenwert von 6 und mehr Punkten ist für eine Depression klinisch auffällig.*



## A6 ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) (Rösler et al. 2004)

### ADHS-SB

Name: ..... Vorname: .....  
 Geboren am: ..... Alter: .....  
 Schulabschluss: ..... Geschlecht: männlich/weiblich  
 Datum: .....

Nachfolgend finden Sie einige Fragen über Konzentrationsvermögen, Bewegungsbedürfnis und Nervosität. Gemeint ist damit Ihre Situation, wie sie sich gewöhnlich darstellt.

Wenn die Formulierungen auf Sie nicht zutreffen, kreuzen Sie bitte »nicht zutreffend« an. Wenn Sie der Meinung sind, dass die Aussagen richtig sind, geben Sie bitte an, welche Ausprägung – leicht/mittel/schwer – Ihre Situation am besten beschreibt.

- 0 trifft nicht zu
- 1 leicht ausgeprägt (kommt gelegentlich vor)
- 2 mittel ausgeprägt (kommt oft vor)
- 3 schwer ausgeprägt (kommt nahezu immer vor)

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortalternative an. Lassen Sie bitte keinen Punkt aus.

Beispiel:

Ich bin unaufmerksam gegenüber Details  
 oder mache Sorgfaltsfehler bei der Arbeit. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3

In diesem Fall ist die 3 (»schwer ausgeprägt«) angekreuzt: Das würde bedeuten, dass Sie stark ausgeprägt und nahezu immer Aufmerksamkeitsprobleme haben.

- 1. Ich bin unaufmerksam gegenüber Details  
 oder mache Sorgfaltsfehler bei der Arbeit. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- 2. Bei der Arbeit oder sonstigen Aktivitäten  
 (z. B. Lesen, Fernsehen, Spiel) fällt es mir schwer,  
 konzentriert durchzuhalten. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- 3. Ich höre nicht richtig zu, wenn jemand etwas zu mir sagt. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- 4. Es fällt mir schwer, Aufgaben am Arbeitsplatz,  
 wie sie mir erklärt wurden, zu erfüllen. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- 5. Es fällt mir schwer, Projekte, Vorhaben oder  
 Aktivitäten zu organisieren. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

- |   |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6. Ich gehe Aufgaben, die geistige Anstrengung erforderlich machen, am liebsten aus dem Weg. Ich mag solche Arbeiten nicht oder sträube mich innerlich dagegen. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. Ich verlege wichtige Gegenstände (z. B. Schlüssel, Portemonnaie, Werkzeuge).   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. Ich lasse mich bei Tätigkeiten leicht ablenken.  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Ich vergesse Verabredungen, Termine oder telefonische Rückrufe.  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. Ich bin zappelig.   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 11. Es fällt mir schwer, längere Zeit sitzen zu bleiben (z. B. im Kino, Theater).   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 12. Ich fühle mich unruhig.   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 13. Ich kann mich schlecht leise beschäftigen. Wenn ich etwas mache, geht es laut zu.   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 14. Ich bin ständig auf Achse und fühle mich wie von einem Motor angetrieben.   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 15. Mir fällt es schwer abzuwarten, bis andere ausgesprochen haben. Ich falle anderen ins Wort.   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 16. Ich bin ungeduldig und kann nicht warten, bis ich an der Reihe bin (z. B. beim Einkaufen).  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 17. Ich unterbreche und störe andere, wenn sie etwas tun.   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 18. Ich rede viel, auch wenn mir keiner zuhören will.   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 19. Diese Schwierigkeiten hatte ich schon im Schulalter.  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 20. Diese Schwierigkeiten habe ich immer wieder, nicht nur bei der Arbeit, sondern auch in anderen Lebenssituationen, z. B. Familie, Freunde und Freizeit.      | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 21. Ich leide unter diesen Schwierigkeiten.   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 22. Ich habe wegen dieser Schwierigkeiten schon Probleme im Beruf und auch im Kontakt mit anderen Menschen gehabt.  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Σ Item 1–9: .....

Σ Item 10–14: .....

Σ Item 15–18: .....

Σ Item 1–18: .....

Ergebnis der Auswertung

DIAGNOSE: ☐ 314.00 (DSM-IV)

☐ 314.01 (DSM-IV)

☐ F90.0 (ICD-10)

(nur vom Untersucher auszufüllen)

**ADHS-SB, Auswertung**

*Zur Diagnose einer ADHS werden gemäß der ICD-10-Forschungskriterien 6 positive Merkmale aus dem Bereich 1–9 benötigt sowie 3 der Merkmale 10–14 und ein Merkmal der Items 15–18. Nach DSM-IV müssen von den Items 1–9 sechs positiv sein (Score >0) sowie von den Merkmalen 10–18 weitere 6 Items.*

*Als positiv wird ein Merkmal dann gewertet, wenn seine Ausprägung >0 beträgt. Da weder DSM noch ICD eine Quantifizierung der Merkmale enthalten, genügt für die Einschätzung eines Merkmals als vorhanden ein Wert größer 0. (Manchmal kann es im wissenschaftlichen Bereich sinnvoll sein, die Schwelle für die Bejahung eines Merkmals zu erhöhen und als Mindestausprägung z. B. mittel (2) zu verlangen. Für den Klinik- und Praxisalltag genügt aber die Regel von ICD-10 und DSM-IV, dass ein Merkmal vorhanden ist, selbst wenn die Ausprägung des Merkmals nur leicht ist.)*



## A7      **Audit-C-Screening-Test (Wetterling u. Veltrup 1997)**

---

### **Audit-C-Screening-Test**

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- |                                    |                          |   |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| Nie .....                          | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 1-mal im Monat oder seltener ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2- bis 4-mal im Monat .....        | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 2- bis 3-mal die Woche .....       | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4-mal die Woche oder öfter .....   | <input type="checkbox"/> | 4 |

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen)

- |                                   |                          |   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| 1–2 Gläser pro Tag .....          | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 3–4 Gläser pro Tag .....          | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 5–6 Gläser pro Tag .....          | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 7–9 Gläser pro Tag .....          | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 10 oder mehr Gläser pro Tag ..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen)

- |                                     |                          |   |
|-------------------------------------|--------------------------|---|
| Nie .....                           | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als einmal im Monat .....  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Jeden Monat .....                   | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Jede Woche .....                    | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Jeden Tag oder fast jeden Tag ..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

**AUDIT-C-Screening-Test, Auswertung**

*Bei einem Gesamtpunktwert von 4 und mehr bei Männern und 3 und mehr bei Frauen ist der Test positiv im Sinne eines erhöhten Risikos für alkoholbezogene Störungen (riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum) und spricht für die Notwendigkeit zu weiterem Handeln.*

## A8 Alkohol-Entzugs-Skala (Stuppäck et al. 1995)

---

**Alkohol-Entzugs-Skala** (dt. Version der CIWA-A)

Patient: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

### 1. Übelkeit und Erbrechen

Fragen: „Ist Ihnen schlecht? Haben Sie sich übergeben?“

[0] keine Übelkeit und kein Erbrechen

[1] leichte Übelkeit ohne Erbrechen

[2]

[3]

[4] gelegentlich Übelkeit mit Brechreiz und Würgen

[5]

[6]

[7] dauernde Übelkeit, häufiger Brechreiz, Würgen und Erbrechen

### 2. Tremor (Arme ausgestreckt und Finger gespreizt)

[0] kein Tremor

[1] Tremor nicht sichtbar, aber an Fingerspitze zu fühlen

[2]

[3]

[4] mäßiger Tremor bei ausgestreckten Armen

[5]

[6]

[7] starker Tremor auch bei nicht ausgestreckten Armen

### 3. Schweißausbrüche

[0] kein Schweiß sichtbar

[1] kaum wahrnehmbares Schwitzen, Handflächen feucht

[2]

[3]

[4] deutliche Schweißtropfen auf der Stirn

[5]

[6]

[7] durchgeschwitzte Kleidungsstücke

#### **4. Ängstlichkeit**

Frage: „Sind Sie nervös oder ängstlich?“

[0] keine Ängstlichkeit, entspannt

[1] leicht ängstlich

[2]

[3]

[4] mäßige Angst oder Wachsamkeit, die auf Angst schließen lässt

[5]

[6]

[7] vergleichbar mit akuter Panik, wie sie bei schweren Delirien oder bei akuten schizophrenen Episoden auftritt

#### **5. Antriebsniveau**

[0] normale Aktivität

[1] etwas mehr als normale Aktivität

[2]

[3]

[4] mäßige Unruhe oder Ruhelosigkeit

[5]

[6]

[7] geht während des Interviews meist auf und ab oder schlägt bzw. nestelt mit den Händen hin und her

#### **6. Taktile Störungen**

Frage: „Spüren Sie irgendein Jucken oder Ameisenlaufen, irgendein Brennen oder Taubheitsgefühle, oder haben Sie das Gefühl, dass Käfer auf oder unter Ihrer Haut krabbeln?“

[0] keine Störungen

[1] kaum Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder Taubheitsgefühle

[2] leichtes Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder leichte Taubheitsgefühle

[3] mäßiges Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder mäßige Taubheitsgefühle

[4] mäßig starke taktile Halluzinationen

[5] starke taktile Halluzinationen

[6] sehr starke taktile Halluzinationen

[7] anhaltende taktile Halluzinationen



## 7. Akustische Störungen

Fragen: „Sind Sie geräuschempfindlicher? Sind die Geräusche greller als sonst? Erschrecken die Geräusche Sie? Hören Sie etwas, dass Sie stört? Hören Sie Dinge, von denen Sie wissen, dass sie nicht da sind?“

- [0] nicht vorhanden
- [1] ganz leichte Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit
- [2] leichte Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit
- [3] mäßige Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit
- [4] mäßig starke akustische Halluzinationen
- [5] starke akustische Halluzinationen
- [6] sehr starke akustische Halluzinationen
- [7] anhaltende akustische Halluzinationen

## 8. Visuelle Störungen

Fragen: „Erscheint Ihnen das Licht heller als sonst? Sind die Farben anders? Schmerzen dadurch die Augen? Sehen Sie irgendetwas, was Sie stört? Sehen Sie Dinge, von denen Sie wissen, dass sie nicht da sind?“

- [0] nicht vorhanden
- [1] ganz leicht vermehrte Lichtempfindlichkeit
- [2] leicht vermehrte Lichtempfindlichkeit
- [3] mäßig vermehrte Lichtempfindlichkeit
- [4] mäßig starke optische Halluzinationen
- [5] starke optische Halluzinationen
- [6] sehr starke optische Halluzinationen
- [7] anhaltende optische Halluzinationen

## 9. Kopfschmerzen, Druckgefühle im Kopf

Fragen: „Fühlt sich Ihr Kopf anders an? Haben Sie das Gefühl, als hätten Sie einen Ring um den Kopf?“  
(Schwindelgefühle und Benommenheit sollen nicht beurteilt werden)

- [0] keine Kopfschmerzen
- [1] ganz leichte Kopfschmerzen
- [2] leichte Kopfschmerzen
- [3] mäßige Kopfschmerzen
- [4] mäßig starke Kopfschmerzen
- [5] starke Kopfschmerzen
- [6] sehr starke Kopfschmerzen
- [7] extrem starke Kopfschmerzen

## 10. Orientiertheit und Trübung des Bewusstseins

Fragen: „Welcher Tag ist heute? Wo sind Sie? Wer bin ich (der Befragende)?“

[0] orientiert und kann fortlaufend ergänzen

[1] kann nicht fortlaufend ergänzen oder ist unsicher hinsichtlich des Datums

[2] desorientiert über das Datum um nicht mehr als zwei Kalendertage

[3] desorientiert über das Datum um mehr als zwei Kalendertage

[4] desorientiert über Ort und/oder Person

Gesamtpunktzahl: \_\_\_\_\_

(Höchst mögliche Punktzahl: 67)

Beurteiler: \_\_\_\_\_

Pulsfrequenz: \_\_\_\_\_ / min      Blutdruck: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Alkohol-Entzugs-Skala, Auswertung**

*Im stationären Setting hat es sich bewährt, diese Skala alle 2 Stunden durchzugehen und den Entzug medikamentös zu behandeln, sobald die Punktzahl über 10 liegt.*



## A9      **Arbeitsblätter: »Verstehen eines Ausrutschers« und »Einen Ausrutscher verarbeiten« (Brück u. Mann 2006)**

---

**Arbeitsblatt:** Verstehen eines Ausrutschers

Zum Zeitpunkt, zu dem ich mein erstes alkoholisches Getränk hatte:

1. **Wo** war ich?
  
2. Was **geschah** in der Situation genau, bevor ich trank, was möglicherweise meinen Wunsch nach Alkohol erhöht hat?
  
3. **Wer** war bei mir?
  
4. Was **fühlte** ich, bevor ich trank?
  
5. Was **habe ich gedacht**, bevor ich trank? Habe ich über Alkohol nachgedacht?
  
6. Was habe ich vom Trinken **erwartet**? Wie dachte ich über die möglichen **Vorteile** des Trinkens in dieser Situation?
  
7. **Was geschah tatsächlich während** und **nachdem** ich trank? Passte das zu dem, was ich erwartete?
  
8. **Was genau war es an der Situation (falls etwas), die sie besonders riskant** machte?
  
9. Wie hätte ich **anders** mit der Situation **umgehen** können, ohne zu trinken? Welche Dinge habe ich versucht (falls etwas), um das Trinken in dieser Situation zu vermeiden?
  
10. Gab es zu diesem Zeitpunkt größere **Probleme** oder **Sorgen in meinem Leben**, die möglicherweise meine Entscheidung, wieder zu trinken, beeinflusst haben?

**Arbeitsblatt: Einen Ausrutscher verarbeiten: 8 praktische Tipps**

**1. Finden Sie Ihren Weg wieder!**

Stoppen Sie das Trinken – je schneller, desto besser!

**2. Schaffen Sie sich mehr Freiraum!**

Entfernen Sie jeglichen Alkohol aus dem Haus und begeben Sie sich, falls möglich, umgehend aus der Situation, in der Sie tranken.

**3. Jeder Tag ist ein neuer Tag!**

Obwohl das Trinken eines alkoholischen Getränks (oder mehrerer) beunruhigend sein kann, müssen Sie das Trinken nicht fortsetzen. Sie allein treffen Ihre Entscheidungen.

**4. Bitten Sie telefonisch um Hilfe!**

Rufen Sie umgehend Ihren Therapeuten oder einen abstinenten und unterstützenden Freund an und sprechen Sie darüber, was gerade geschieht, oder gehen Sie zu einem AA- oder anderen Treffen einer Selbsthilfegruppe.

**5. Machen Sie eine Pause!**

Tun Sie Dinge, die nicht mit dem Trinken vereinbar sind, um das Verhaltensmuster zu durchbrechen.

**6. Überdenken Sie das Geschehene!**

Diskutieren Sie es aus gewisser Distanz mit Ihrem Therapeuten oder Freund auf einem Treffen, um besser verstehen zu können, was zu diesem Zeitpunkt in der speziellen Situation zu Ihrem Alkoholkonsum beigetragen hat.

**7. Machen Sie sich nicht schlecht!**

Es hilft nicht, sich herunterzuziehen. Falls Sich-schlecht-Fühlen Trinkprobleme heilen würde, gäbe es keine. Lassen Sie nicht zu, dass Gefühle der Entmutigung, Wut oder Schuld Sie davon zurückhalten, um Hilfe zu bitten und wieder Ihren Weg zu finden.

**8. Lernen Sie aus der Erfahrung!**

Verwenden Sie das Geschehene zur Stärkung Ihrer Entscheidung und für Pläne zur Abstinenz. Finden Sie heraus, was Sie tun sollten, damit es nicht wieder geschieht.

## A10 Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) (Heatherton et al. 1991)

---

### Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen aufmerksam durch und kennzeichnen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Antwortmöglichkeit mit einem Kreuz. Die Angaben sollen Ihr Rauchverhalten **während der letzten 3 Monate** widerspiegeln.

**a. Sind Sie gegenwärtig Raucher?**

☐ nein

☐ ja

**Nur falls Sie zurzeit Raucher sind:**

**1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?**

☐ innerhalb von 5 Minuten

☐ innerhalb von 6 bis 30 Minuten

☐ innerhalb von 31 bis 60 Minuten

☐ nach 60 Minuten

**4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?**

☐ bis 10

☐ 11 bis 20

☐ 21 bis 30

☐ mehr als 30

**2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen sein zu lassen?**

☐ nein

☐ ja

**5. Rauchen Sie am frühen Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?**

☐ nein

☐ ja

**3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?**

☐ die Erste am Morgen

☐ andere

**6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?**

☐ nein

☐ ja

### ***Fagerstrøm Test for Nicotine Dependence, Auswertung***

*Als entscheidende von insgesamt 6 Kriterien gelten die beiden Fragen nach dem morgendlichen Rauchverlangen (Zeit bis zur ersten Zigarette) sowie nach der Zahl der Zigaretten pro Tag. Insgesamt können 10 Punkte erreicht werden. Entsprechend wird die Stärke der Abhängigkeit als sehr gering (0–2), gering (3–4), mittel (5–6), stark (7–8) oder sehr stark (9–10) eingestuft.*



## A11 Eltern-Lehrer-Fragebogen (Kurzform) (Steinhausen 1996, mod. nach Conners 1973)

### Eltern-Lehrer-Fragebogen (Kurzform)

Bitte beurteilen Sie das Kind .....

hinsichtlich der aufgeführten Verhaltensweisen.

Datum: .....

	Ausmaß der Aktivität			
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr stark
	0	1	2	3
1. Unruhig oder übermäßig aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erregbar, impulsiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stört andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bringt angefangene Dinge nicht zu einem Ende – kurze Aufmerksamkeitsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Unaufmerksam, leicht abgelenkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erwartungen müssen umgehend erfüllt werden, leicht frustriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Weint leicht und häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Schneller und ausgeprägter Stimmungswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wutausbrüche, explosives und unvorhersagbares Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eltern-Lehrer-Fragebogen (Kurzform), Auswertung**

*Ein Wert  $\geq 15$  unterstützt die Diagnose einer ADHS.*

## A12 Suizidcheckliste

### Suizidcheckliste

Psychische Grunderkrankung	Ja	Nein
Akut suizidale Gedanken	Ja	Nein
Konkrete Vorbereitungen	Ja	Nein
Rettungsmöglichkeiten ausgeschlossen	Ja	Nein
»Sicherheit« der Methode	»Hart«	»Weich«
Abschied genommen	Ja	Nein
Suizidversuche in der Vorgeschichte	Wie viele?  Wann?  Welche Methode?  Wie kam es zur Rettung?	Keine
Kontaktqualität	Verleugnend, verschlossen, manipulativ, wechselnde Angaben, bagatellisierend	Offen, zugewandt, absprachefähig, konstante Angaben
Psychotisches Erleben	Ja	Nein



## A13 Musterschreiben an das zuständige Vormundschaftsgericht zur Anregung einer Betreuung im Wege einer »Einstweiligen Anordnung«

[Praxis-/Klinikstempel]

An das

Amtsgericht – Vormundschaftsgericht

EILT

.....

.....

Datum: .....

Anregung zur Einrichtung einer vorläufigen Betreuung im Rahmen einer einstweiligen Anordnung für die Bereiche

- ☐ Gesundheitssorge
- ☐ Aufenthaltsbestimmung
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Wohnungsangelegenheiten
- ☐ Vertretung in gerichtlichen Verfahren
- ☐ Vertretung gegenüber Behörden
- ☐ .....

für Frau/Herr ....., geb. am ....., wohnhaft in .....

Frau/Herr ..... leidet an ..... (ICD-10: F.....).

Aufgrund der oben genannten Diagnose ist Frau/Herr ..... derzeit nicht in der Lage, sich um die Angelegenheiten ihres/seines Lebens zu kümmern, respektive meine ärztliche Aufklärung zu verstehen und eine eigenverantwortliche Entscheidung über eine dringend erforderliche ärztliche Maßnahme zu treffen.

Eine Patientenvollmacht liegt nach meiner Kenntnis nicht vor.

Frau/Herr ..... ist nach meiner Ansicht dringend behandlungsbedürftig,  
da mit dem Aufschub der Behandlung die Gefahr verbunden ist, dass .....

.....

Ich rege daher den Erlass einer einstweiligen Anordnung an.

- ☐ Aus den oben genannten Gründen konnte ich dieses Anregungsschreiben mit meiner Patientin/  
meinem Patienten nicht besprechen, gehe jedoch von ihrer/seiner mutmaßlichen Einwilligung aus.

Ich bitte um Mitteilung der gerichtlichen Entscheidung per Fax.

Mit freundlichen Grüßen

.....

Unterschrift

## A14 Öffentlich-rechtliche Unterbringung – Musterschreiben zur Beendigung der Unterbringung (Beispiel PsychKG NW)

[Klinik]

An das  
Amtsgericht – Vormundschaftsgericht

.....  
.....

### Benachrichtigung gemäß § 15 PsychKG (Beendigung der Unterbringung)

In der Unterbringung Az.: .....  
betreffend: Frau/Herrn .....  
geboren am: ..... wohnhaft: .....  
wird mitgeteilt, dass der Beschluss vom ..... aufgehoben werden kann,  
da die Unterbringungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift (Ärztin/Arzt)

### Nachrichtlich:

Amtsgericht, Vormundschaftsgericht  
Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes  
Vorbehandelnde/r Ärztin/Arzt/Psychotherapeutin/Psychotherapeut  
Ordnungsamt  
Gesetzlicher Vertreter des Betroffenen (beigeordneter Rechtsanwalt)  
Bevollmächtigter nach § 1906 Abs. 5 BGB (Betreuer)  
Von dem Betroffenen benannte Person des Vertrauens





## A15 Öffentlich-rechtliche Unterbringung – Freiwilliger Krankenhausaufenthalt (Beispiel PsychKG NW)

---

[Klinik]

An das  
Amtsgericht – Vormundschaftsgericht

.....  
.....

### Benachrichtigung gemäß § 26 PsychKG (Freiwilliger Krankenhausaufenthalt)

In der Unterbringung Az.: .....  
betreffend: Frau/Herrn .....  
geboren am: ..... wohnhaft: .....  
wird mitgeteilt, dass der Beschluss vom ..... aufgehoben werden kann,  
da der/die Betroffene eine rechtswirksame Einwilligung über den weiteren freiwilligen Aufenthalt  
abgegeben hat.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift (Ärztin/Arzt)

### Nachrichtlich:

1. Amtsgericht, Vormundschaftsgericht
2. Ordnungsamt
3. Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes
4. Gesetzlicher Vertreter des Betroffenen (beigeordneter Rechtsanwalt)

## Öffentlich-rechtliche Unterbringung – Freiwilligkeitserklärung (Beispiel PsychKG NW)

---

[Klinik]

An das  
Amtsgericht – Vormundschaftsgericht

.....  
.....

### Freiwilligkeitserklärung gemäß § 26 PsychKG (Freiwilliger Krankenhausaufenthalt)

Herr/Frau ..... geb.: ..... gibt nach  
Aufhebung/Ablauf des PsychKG-Beschlusses vom ..... Az.: .....  
hiermit eine rechtserhebliche, vertrauenswürdige Freiwilligkeitserklärung ab zur weiteren stationären  
Behandlung.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift (Patientin/Patient)

.....  
Unterschrift (Ärztin/Arzt)

## A16 Checkliste für die öffentlich-rechtliche Unterbringung eines psychisch kranken Patienten (Beispiel PsychKG NW)

Name:	
Geb.-Datum:	
Aufnahmedatum, Aufnahmezeit:	
Vorläufige Diagnose:	
Name und Postadresse der Vertrauensperson:	
Vfg. Ordnungsamt vom:	
Ärztliches Zeugnis vom:	
Ausstellende/r Ärztin/Arzt:	
Begründung des PsychKG lt. ärztlichem Attest:	
Eingangsuntersuchung im hiesigen Krankenhaus vom:	
Körperliche Untersuchung des hiesigen Krankenhauses vom:	
Beschluss des Amtsgerichts vom:	Az.:
Der Patientin/dem Patienten ausgehändigt am:	
Dauer (eingerichtet bis zum):	
Anhörung durch den Richter am:	Name des Richters:
Ergebnis:	
Name und Postadresse des Verfahrenspflegers (beigeordneter Rechtsanwalt):	
Beschluss bestätigt bis:	Beschluss aufgehoben am:
<p>Bei Beendigung der Unterbringung nach § 15 PsychKG:</p> <p>Es wurden unterrichtet durch die Klinik am .....</p> <p><input type="checkbox"/> Gericht</p> <p><input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst Gesundheitsamt</p> <p><input type="checkbox"/> Behandelnde/r Ärztin/Arzt: Frau/Herr</p> <p><input type="checkbox"/> Ordnungsamt</p> <p><input type="checkbox"/> Gesetzliche Vertretung (beigeordneter Rechtsanwalt): Frau/Herr</p> <p><input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r (Betreuerin/Betreuer): Frau/Herr</p> <p><input type="checkbox"/> Vertrauensperson: Frau/Herr</p>	

Erstellung eines Behandlungsplans nach § 18 PsychKG am ..... durch .....		
Wurde der Behandlungsplan der Patientin/dem Patienten erläutert? Datum: Wenn nein, bitte begründen:		
Wurde eine Behandlung ohne Einwilligung notwendig? Wenn ja, wann, mit welcher Begründung? Wer hat wann die Anordnung erteilt?		
Wurden besondere Sicherungsmaßnahmen (z. B. Fixierung) angeordnet? Wenn ja, wann, Anlass, Art, Umfang und Dauer: Wurde der Verfahrenspfleger (beigeordneter Rechtsanwalt) informiert? Frau/Herr ..... am ..... durch .....		
Wurden die Patientin/der Patient und eine Person seines Vertrauens bei der Aufnahme schriftlich über seine Rechte und Pflichten informiert, insbesondere über das Vorhandensein einer Beschwerdestelle? Datum:                      Unterschrift:		
Gab es Eingriffe in die Rechte bzgl. persönlicher Besitz, Schriftverkehr, Besuche und Telefongespräche? Wann?		
Gab es eine Beurlaubung im Rahmen des PsychKG? Wann?		
Verblieb die/der Betroffene nach Aufhebung des PsychKG freiwillig im Krankenhaus? Es wurden unterrichtet durch die Klinik am .....: <input type="checkbox"/> Gericht <input type="checkbox"/> Ordnungsamt <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Gesetzliche Vertretung (beigeordneter Rechtsanwalt): Frau/Herr		
Bemerkungen:		
Datum:	Name:	Unterschrift:
Dieses Feld ist durch die Ärztin/den Arzt auszufüllen, die/der das ärztliche Zeugnis ausgestellt hat.		

## A17 Musterschreiben an das zuständige Vormundschaftsgericht zur Anregung einer Betreuung

An das

[Praxis-/Klinikstempel]

Amtsgericht – Vormundschaftsgericht

.....

.....

Datum: .....

Anregung zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung für die Bereiche

- ☐ Gesundheitssorge
- ☐ Aufenthaltsbestimmung
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Wohnungsangelegenheiten
- ☐ Vertretung in gerichtlichen Verfahren
- ☐ Vertretung gegenüber Behörden
- ☐ .....

für Frau/Herrn ....., geb. am .....

wohnhaft in .....

Frau/Herr ..... leidet an ..... (ICD-10: F .....).

Aufgrund der oben genannten Diagnose ist Frau/Herr ..... derzeit nicht in der Lage, sich um die Angelegenheiten ihres/seines Lebens zu kümmern, respektive meine ärztliche Aufklärung zu verstehen und eine eigenverantwortliche Entscheidung über eine erforderliche ärztliche Maßnahme zu treffen.

Eine Patientenvollmacht liegt nach meiner Kenntnis nicht vor.

Zur Wahrung ihrer/seiner Interessen, im Speziellen für die Einwilligung in die medizinisch notwendige Behandlung, bitte ich Sie daher um die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.

- ☐ Herr/Frau ....., wohnhaft in .....

hat die Bereitschaft zur Übernahme einer Betreuung signalisiert und erscheint hierfür auch geeignet.

- ☐ Mir ist derzeit kein anderer geeigneter Betreuer bekannt. Ich bitte daher um die Einrichtung einer Berufsbetreuung.
- ☐ Aus den oben genannten Gründen konnte ich dieses Anregungsschreiben mit meiner Patientin/ meinem Patienten nicht besprechen, gehe jedoch von ihrer/seiner mutmaßlichen Einwilligung aus.

Mit freundlichen Grüßen

.....

Unterschrift

# A18 Patientenvollmacht (Ärztekammer Nordrhein 2006)



**ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

1/2

## Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge (gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB)

Ich (Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber),

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

geboren am in

erteile

Frau/Herrn (Bevollmächtigte/Bevollmächtigter)

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Fax

geboren am in

die Vollmacht, mich in

- ☐ allen Angelegenheiten, die meine Gesundheit und meine Pflege betreffen,  
☐ nur in besonderen Angelegenheiten  
(bitte einfügen, in welchen Fällen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

zu vertreten.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ darf in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheitsorge betreffen, einschließlich der ambulanten und/oder stationären Pflege entscheiden, soweit ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder meines Geisteszustandes nicht oder nicht mehr in der Lage bin, mich bzgl. der medizini-

schen und pflegerischen Versorgung selbst zu äußern oder eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Voraussetzung ist die andauernde oder vorübergehende Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten.

Die/Der Bevollmächtigte darf insbesondere in sämtliche medizinische und pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsorge einwilligen.

☐ ja ☐ nein

☐ nur in besonderen Angelegenheiten  
(bitte einfügen, in welchen Fällen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

☐ ja ☐ nein

Die Bevollmächtigte/Der Bevollmächtigte darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff auch dann einwilligen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.  
*Zur Information:* Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

☐ ja ☐ nein

☐ noch nicht

Sie/Er darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung gemäß § 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dies meinem Wohl dient.

☐ ja ☐ nein

Fortsetzung umseitig

## Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge

2/2

Die/Der Bevollmächtigte darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

☐ ja☐ nein

Sofern ich zusätzlich eine Patientenverfügung erstellt habe, hat die/der Bevollmächtigte diese zu beachten. Sie ist für die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten verbindlich.

☐ ja☐ nein

Sie/Er darf Krankenunterlagen einsehen.

☐ ja☐ nein

Falls die/der genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein sollte, vorgenannte Aufgabe/n zu übernehmen, so benenne ich folgende Ersatzperson zu meiner Ersatzbevollmächtigten/meinem Ersatzbevollmächtigten:

Die Ersatzbevollmächtigung erstreckt sich auf die Dauer der Verhinderung der/des Bevollmächtigten.

Mit der Unterschrift bestätigen die zuvor benannten Bevollmächtigten, dass Sie mit der Bevollmächtigung einverstanden sind. Sie sichern zu, sich dafür einzusetzen, meine Wünsche und Wertvorstellungen zu vermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift (Bevollmächtigte/-r)

Ort, Datum

Unterschrift (Ersatzbevollmächtigte/-r)

☐ Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, die/den oben bezeichnete/n Bevollmächtigte/n als Betreuerin/Betreuer zu bestellen, ersatzweise die/den Ersatzbevollmächtigte/n.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Ersatzbevollmächtigte/Ersatzbevollmächtigter)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
geboren am

\_\_\_\_\_  
in

Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift

*(Für Bestätigungen der Vollmacht zu einem späteren Zeitpunkt:)*

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift



## A19 Patientenverfügung (Patiententestament) (Ärzttekammer Nordrhein 2006)



1/2

### Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung bringe ich,

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

geboren am in

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Hier können konkrete Krankheitssituationen oder Anwendungssituationen beschrieben und Behandlungswünsche geäußert bzw. bestimmte Behandlungsmaßnahmen abgelehnt werden.)

meinen Willen zum Ausdruck. Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst. Sollte ich in einen Lebenszustand geraten, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, erkläre ich Folgendes:

Ich möchte in Würde sterben.

☐ Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärztinnen/Fachärzten ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führt und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen der Intensivtherapie, die lediglich eine Sterbe- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

☐ Falls ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktionen gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne so genannte „Apparatemedizin“ nicht mehr möglich ist, verzichte ich auf eine weitere Intensivtherapie oder Reanimation.

☐ Sollten meine geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben möglich ist, lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen – abgesehen von ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr – mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln aufrecht erhalten werden.

Beschreibung der persönlichen Lebenssituation:  
(z.B. allein stehend)

☐ Ich bitte die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte, mein Recht auf einen würdevollen Tod zu achten. Die ärztliche Hilfe und Behandlung in Form von ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung lehne ich nicht ab. Ich setze mein Vertrauen in die Ärztin/den Arzt und in die von ihr/ihm anzuordnende Schmerzlindeung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Fortsetzung umseitig

## Patientenverfügung

☐ Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt soll bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die nachfolgend genannte Vertrauensperson zur Bestätigung dieser Verfügung oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens bei unklaren Situationen hinzuziehen. *(Kann, muss aber nicht ausgefüllt werden).*

Name, Vorname (der Vertrauensperson)

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift (der Vertrauensperson)

☐ Ich habe diese Verfügung – ihren Inhalt und ihre Konsequenzen – mit meiner Hausärztin/meinem Hausarzt bzw. meiner Ärztin/meinem Arzt des Vertrauens besprochen.

Name (der Ärztin/des Arztes)

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift

Kopie dieser Patientenverfügung haben:

Ich habe zusätzlich eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitssorge erteilt.

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter ist:

Name, Vorname (der Vertrauensperson)

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

(1)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

(2)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

☐ Ich wünsche eine Begleitung durch

☐ Seelsorge

☐ Hospizdienst

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift

*(Für Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt:)*

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik &  
Psychotherapie

Schneider, F. (Hrsg.)

2008, XXV, 471 S., Hardcover

ISBN: 978-3-540-78466-1