

Behandlerbefragung

4000 - Mutter-/Vater-Kind - Jugendliche

Version 5.0

Fragebogenstruktur

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

MUSTER

Teilnahme

1 Teilnahme des Jugendlichen 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 des Jugendlichen*	<input type="text" value="Ganzzahl (12 - 17)"/> 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 Datum der Aufnahmeuntersuchung*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>

Behandlungs-Diagnosen bei Aufnahme

6 Liegen behandlungsrelevante Diagnosen vor (keine interkurrenten Erkrankungen)?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 6 = 'ja'</i>	
6.1 Hauptdiagnose (ICD-10-GM)*	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
Nebendiagnose(n)	
6.2 Nebendiagnose 1 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
6.3 Nebendiagnose 2 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
6.4 Nebendiagnose 3 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
6.5 Nebendiagnose 4 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>
6.6 Nebendiagnose 5 (ICD-10-GM)	<input type="text" value="Kode gemäß ICD-10-GM"/>

Verlauf

7 Hat ein weiterer Arztkontakt nach der Aufnahmeuntersuchung stattgefunden (z.B. Zwischenuntersuchung)?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 7 = 'ja'</i>	
7.1 Datum des ersten weiteren Arztkontakts nach der Aufnahmeuntersuchung (z.B. Zwischenuntersuchung)*	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
8 Interkurrente Erkrankung des Jugendlichen*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Entlassung

9 Datum der Abschlussuntersuchung des Jugendlichen	<input type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>
--	---

10 Wurde ein gegebenenfalls vorläufiger Entlassbericht über den behandlungsbedürftigen Jugendlichen an die Mutter / den Vater ausgehändigt?*

ja nein

wenn Frage 10 = 'ja'

10.1 Datum der Aushändigung*

Datum (TT.MM.JJJJ)

11 Datum der Entlassung*

Datum (TT.MM.JJJJ)

MUSTER