Verlaufsdokumentation

Patientin/Patient | Datum | Sitzung Nr.

1. Thema auf der Erzählebene

Worüber die Patientin spricht, möglichst in ihren Worten.

2. Psychotherapeutisches Verständnis

Ihre Arbeitshypothese zum Geschehen in der Sitzung.

3. Interventionen und Reaktionen

Was Sie getan haben und wie die Patientin reagiert hat.

4. Veränderungen im psychischen Befund

Affekt, Antrieb, Schlaf, Suizidalität, im Vergleich zur letzten Sitzung.

5. Veränderungen der Behandlungsentwicklung

Fortschritt zu den Zielen, Änderungen am Plan, Hausaufgaben.

6. Epikrise

Nur zum Abschluss: Verlauf, Ergebnis, Empfehlungen.

> Eine Arbeitshilfe, **kein amtliches Formular**. Maßgeblich ist der aktuelle Gesetzestext (§630f BGB). Die Dokumentation wird 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt.

Verlaufsdokumentation: ausgefülltes beispiel

Patientin/Patient Anna, 34 (fiktiv) | Datum 12.11. | Sitzung Nr. 4

1. Thema auf der Erzählebene

Streit mit der Vorgesetzten, schläft seit einer Woche schlecht. **„Für einen Fehler werfen die mich raus."**

2. Psychotherapeutisches Verständnis

Angst hält sich über **Katastrophisieren und Kontrollverhalten**: den Bericht fünfmal prüfen, Entlastung für eine Stunde.

3. Interventionen und Reaktionen

Gedankenprotokoll besprochen, Teufelskreis der Kontrolle erklärt. **Reagiert erleichtert**, will die Prüfung auf einmal begrenzen.

4. Veränderungen im psychischen Befund

Wach, voll orientiert, Affekt ängstlich, zum Ende ruhiger. **Keine Suizidgedanken**, auf Nachfrage.

5. Veränderungen der Behandlungsentwicklung

Kontrollverhalten seltener. **Verhaltensexperiment** zur Befürchtung „rausgeworfen" in der nächsten Sitzung.

6. Epikrise

Entfällt, **Behandlung läuft** weiter.

Eine Arbeitshilfe, **kein amtliches Formular**. Maßgeblich ist der aktuelle Gesetzestext (§630f BGB). Die Dokumentation wird 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt.