

Studienbuch für die Falldokumentation des BQT-III

Version 3

Name und Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Folgende Inhalte müssen im BQT III nachgewiesen werden:

Gemäß § 18 des PsychThApprO müssen Sie während des BQT – III folgende Inhalte nachweisen:

- 1) Anamnesen und psychodiagnostische Untersuchungen bei mindestens zehn Patient:innen verschiedener Alters- und Patientengruppen aus mindestens vier verschiedenen Störungsbereichen mit jeweils unterschiedlichen Schwere- und Beeinträchtigungsgraden, die mindestens die folgenden Leistungen umfassen:
 - a) vier Erstgespräche
 - b) vier Anamnesen, die von den studierenden Personen schriftlich zu protokollieren sind
 - c) vier wissenschaftlich fundierte psychodiagnostische Untersuchungen
 - d) vier Indikationsstellungen oder Risiko- und Prognoseeinschätzungen einschließlich Suizidalitätsabklärung
 - e) vier Patientenaufklärungen über diagnostische und klassifikatorische Befunde
- 2) an mind. einer psychotherapeutischen ambulanten Patientenbehandlung im Umfang von mindestens zwölf aufeinanderfolgenden Behandlungsstunden teilnehmen, die unter Verknüpfung von klinisch-praktischen Aspekten mit ihren jeweiligen wissenschaftlichen Grundlagen durchgeführt wird und zu der begleitend diagnostische und therapeutische Handlungen eingeübt werden
- 3) an mind. zwei weiteren einzelpsychotherapeutischen Patientenbehandlungen, bei denen eine Patientin oder ein Patient entweder ein Kind oder eine Jugendliche oder ein Jugendlicher sein soll, mit unterschiedlicher Indikationsstellung im Umfang von insgesamt mindestens zwölf Behandlungsstunden teilnehmen und dabei die Diagnostik, die Anamnese und die Therapieplanung übernehmen sowie die Zwischen- und Abschlussevaluierung durchführen
- 4) mindestens drei verschiedene psychotherapeutische Basismaßnahmen (z.B. Entspannungsverfahren, Psychoedukation oder Informationsgespräche mit Angehörigen) selbständig, aber unter Anleitung durchführen
- 5) mind. vier Gespräche mit bedeutsamen Bezugspersonen führen und dokumentieren
- 6) mind. zwölf gruppenpsychotherapeutische Sitzungen begleiten
- 7) mind. ein ausführliches psychologisch-psychotherapeutisches Gutachten selbständig und eigenverantwortlich erstellen
- 8) an einrichtungsinternen Fortbildungen teilnehmen

Name _____

Matrikelnummer _____

Stationäre oder teilstationäre Einrichtung

Name der Einrichtung: _____

Adresse: _____

Verantwortliche Betreuung durch

Name _____

- Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / -psychotherapeut

Ambulante Einrichtung

Name der Einrichtung _____

Adresse _____

Betreuung durch

Teil I

Kleingruppenlehrtherapie _____

Teil II

Baustein 1 _____

Baustein 2 _____

Baustein 3 _____

Baustein 4 _____

Am Ende des Einsatzes ist im Praktikumsbüro der JLU mindestens abzugeben: S. 1-2, 7-9

Ausbildungsinhalte während des stationären Praktikums:

Hinweis: Es muss sich insgesamt *um 10 unterschiedliche Patienten und Patientinnen* handeln.

Erstgespräche

Pat.	Absolviert in	Diagnose(n)		Unterschrift Betreuer
1.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz*			
2.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
3.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
4.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			

Anamnesen

Pat.	Absolviert in	Diagnose(n)		Unterschrift Betreuer
1.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
2.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
3.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
4.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			

Psychodiagnostische Untersuchung

Pat.	Absolviert in	Diagnose(n)		Unterschrift Betreuer
1.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
2.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
3.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
4.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			

*Einzelne fehlende Termine müssen im Notfall in der Ambulanz nachgeleistet werden.

Indikationsstellungen/Prognose- oder Risikoeinschätzung (einschließl. Suizidabklärung)

Absolviert in	Diagnose(n)		Unterschrift Betreuer
<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			

Patientenaufklärungen über diagnostische und klassifikatorische Befunde

Pat.	Absolviert in	Diagnose(n)		Unterschrift Betreuer
1.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
2.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
3.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
4.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			

Einbeziehung von Angehörigen bei Patientenbehandlungen

Pat.	Absolviert in	Diagnose(n)		Unterschrift Betreuer
1.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
2.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
3.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			
4.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz			

Selbständige Durchführung von Basismaßnahmen (z.B. Entspannungsverfahren, Psychoedukation)

Pat.	Absolviert in	Art der Maßnahme	Unterschrift Betreuer
1.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz		
2.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz		
3.	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz		

Teilnahme an internen Fortbildungen der Einrichtung

	Absolviert in	Thema der Fortbildung	Unterschrift Betreuer
	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz		
	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz		
	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz		

Ausbildungsinhalte während des stationären Praktikums

	Gruppenpsychotherapie	
	Gruppe:	
Stunde	Datum der Behandlung; Thema	Kürzel Gruppenleitung
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Berufsqualifizierende Tätigkeit III im Rahmen des Masters Psychologie und Psychotherapie der JLU Gießen

Bescheid für _____

Geb. am _____

Hiermit bescheinige ich als verantwortliche Person für die Begleitung des stationären oder teilstationären Praktikums der oben genannten Person, dass die nach § 18 PsychThApprO genannten Inhalte und Aufgaben im stationären Teil vollumfänglich erfüllt worden sind. Eine Einzelaufstellung der Aufgaben liegt mir vor und wurde geprüft.

Name Einrichtung _____

Name Betreuungsperson _____

Qualifikation _____

Unterschrift _____

Ausbildungsinhalte NUR während des ambulanten Praktikums

Begleitung von ambulanten Behandlungen - I

Begleitung von mindestens einer ambulanten Patientenbehandlung im Umfang von mindestens zwölf aufeinanderfolgenden Behandlungsstunden	
	Diagnose/n:
	Zeitraum der Begleitung:
	Die Kandidatin / Der Kandidat hat mind. 12 aufeinanderfolgende Stunden hospitiert.
	Unterschrift Therapeutin

Begleitung von Behandlungen - II

In verschiedenen „Bausteinen“ wird der §18 Abs. 2 Nr. 3 umgesetzt		
Baustein 1 Diagnostik, Anamnese, Abschlussdiagnostik,		Baustein 2 Einzellehrtherapie
Stunde	Diagnose/n: Datum der Behandlung	Diagnose/n: Datum der Behandlung
1		
2		
3		
<i>Abzeichnung</i>		
Baustein 3 Kinder- und Jugendliche		Baustein 4 Freie Vertiefung
	<input type="radio"/> TP intern <input type="radio"/> TP extern <input type="radio"/> Neuro	<input type="radio"/> KJu <input type="radio"/> Schmerzgruppe <input type="radio"/> Sprechstunde
	Diagnose/n: Alter:	Diagnose/n:
1		
2		
3		
<i>Abzeichnung</i>		