

## Einschätzung des Gutachters

Patienten-Chiffre      □ □ □ □ □ □

---

### Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

I. Die letzten 7 Tage      □ □

II. Der max. GAF (über mind. 1 Woche)  
während des letzten Jahres vor  
Behandlungsbeginn      □ □

#### Skalierung (Zwischenstufen sind möglich)

- 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
- 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
- 70 = Leichte Beeinträchtigung
- 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
- 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
- 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
- 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

**BSS-Rating**

Patienten-Chiffre

□ □ □ □ □ □

Prävalenzzeitraum = letztes Jahr

**1. Körperlicher Beeinträchtigungsgrad (0-4):**

gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
<input type="checkbox"/>				
0	1	2	3	4

**2. Psychischer Beeinträchtigungsgrad (0-4):**

gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
<input type="checkbox"/>				
0	1	2	3	4

**3. Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad (0-4):**

gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
<input type="checkbox"/>				
0	1	2	3	4

Summe:

# Konsiliarbericht

Patienten-Chiffre

□ □ □ □ □ □

Datum:

---

## 1. Konsiliarbericht vorhanden

- 1  ja
- 0  nein

## 2. Name Therapeut vorhanden

- 1  ja
- 0  nein

## 3. Chiffre vorhanden

- 1  ja
- 0  nein

## 4. Inhaltliche Angaben

- 2  informativ
- 1  nicht informativ (zu kurz, nicht leserlich, keine Inhalte)
- 0  keine

## 5. Psychiatrische Abklärung

- 0  nicht erforderlich
- 1  erforderlich
- 2  erfolgt
- 3  veranlasst
- 9  keine Angaben

## 6. Ärztliche Maßnahmen

- 0  nicht notwendig
- 1  notwendig/veranlasst
- 9  keine Angaben

## 7. Kontraindikation für PT

- 1  ja
- 0  nein
- 9  keine Angaben

**8. Ärztliche Mitbehandlung**

- 1  erforderlich
- 0  nicht erforderlich
- 9  keine Angaben

**9. Stempel und Unterschrift**

- 1  vorhanden
- 0  nicht vorhanden

**10. Datum**

- 1  vorhanden
- 0  nicht vorhanden

**11. Angaben für Gutachter**

- 1  ausreichend
- 2  wichtige Ergänzung
- 3  Zusatzangaben notwendig (neuer K-B)

# ICD-Klassifikation

Patienten-Chiffre      □ □ □ □ □ □ Datum:

---

## 1. ICD-10-Diagnosen – Therapeut

- 1.1  □ □ □ □
- 1.2  □ □ □ □
- 1.3  □ □ □ □
- 1.4  □ □ □ □
- 1.5  □ □ □ □
- 1.6  keine Angaben

## 2. ICD-10-Diagnosen – Gutachter

- 2.1  □ □ □ □
- 2.2  □ □ □ □
- 2.3  □ □ □ □
- 2.4  □ □ □ □
- 2.5  □ □ □ □
- 2.6  keine Angaben

## 3. ICD-10-Diagnosen – Krankenkasse/andere Unterlagen/Arztbriefe

- 3.1  □ □ □ □
- 3.2  □ □ □ □
- 3.3  □ □ □ □
- 3.4  □ □ □ □
- 3.5  □ □ □ □
- 3.6  keine Angaben