



Ein Fragebogen darüber wie es Ihnen geht - jetzt, wo Sie die Behandlung beendet haben.

Frage 1

- a Das ist das Problem, das Sie am meisten beschäftigt hat, als wir Sie das erste Mal befragt haben.
(Behandler - Bitte schreiben Sie das Problem in das Feld unten.)

- b Wie sehr hat Sie das Problem in der letzten Woche beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie ein Kästchen unten an.)
- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Überhaupt nicht beeinträchtigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sehr beeinträchtigt |

Frage 2

- a Das ist das weitere Problem, dass Sie beschäftigt hat, als wir Sie das erste Mal befragt haben. (Behandler - Bitte schreiben Sie das Problem in das Feld unten.)

- b Wie sehr hat Sie dieses Problem in der letzten Woche beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie ein Kästchen unten an.)
- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Überhaupt nicht beeinträchtigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sehr beeinträchtigt |

Frage 3

- a Das ist die Tätigkeit, von der Sie in der ersten Befragung sagten, dass sie aktuell schwer durchzuführen ist.
(Behandler - Bitte schreiben Sie die Tätigkeit in das Feld unten.)

- b Wie schwer war es in der letzten Woche, diese Tätigkeit durchzuführen? (Bitte kreuzen Sie ein Kästchen unten an.)
- | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Überhaupt nicht schwer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sehr schwer |

Frage 4

Wie haben Sie sich letzte Woche mit sich selbst gefühlt? (Bitte kreuzen Sie ein Kästchen unten an.)

- | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht |

Frage 5

Während der Behandlung sind Ihnen vielleicht noch andere Probleme aufgefallen. Wenn ja, wie sehr haben diese anderen Probleme Sie in der letzten Woche beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie ein Kästchen unten an, oder lassen Sie das Kästchen leer, wenn keine anderen Probleme aufgefallen sind).

- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Überhaupt nicht beeinträchtigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sehr beeinträchtigt |

Frage 6

Im Vergleich zu Beginn der Behandlung, wie fühlen Sie sich jetzt? (Bitte kreuzen Sie ein Kästchen unten an.)

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehr viel besser | Viel besser | Etwas besser | Ungefähr gleich | Etwas schlechter | Viel schlechter |

| | |
|-------------|--|
| Klienten ID | |
|-------------|--|

Beurteilungsformular für den Behandler – Nach der Behandlung

Vom Behandler auszufüllen und dem ausgefüllten Fragebogen beizufügen.

| | | | | | |
|---|--|----------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Klinik/Praxis ID | | Klienten ID oder Initialen | | Alter des Klienten oder Geburtsdatum | |
| Therapeuten ID | | Geschlecht des Klienten | | | |
| Datum der Überweisung | | | | | |
| Datum der Durchführung PSYCHLOPS – während der Behandlung | | | | | |

Validierungsfrage

Wie würden Sie nach Abschluss der Behandlung den Klienten insgesamt beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie ein Kästchen unten an.)

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehr viel besser | Viel besser | Etwas besser | Ungefähr gleich | Etwas schlechter | Viel schlechter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Comments

Dieses Feld steht für alle Kommentare zur Behandlung zur Verfügung, die Sie hinzufügen möchten.

Auswertung PSYCHLOPS

- PSYCHLOPS wurde zur Ergebnismessung einer psychologischen Behandlung entwickelt. Dabei wird der Gesamtwert vor der Behandlung mit dem Gesamtwert während und nach der Behandlung verglichen. Der Unterschied dieser Werte ergibt einen 'Veränderungswert' der Belastung.
- Die meisten Antworten im PSYCHLOPS werden auf einer Sechs-Punkte-Skala von null bis fünf bewertet. Je höher der Wert, desto stärker ist die Person beeinträchtigt.
- PSYCHLOPS besteht aus drei Bereichen (Probleme, Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden) und vier weiteren Fragen. Der maximale PSYCHLOPS Gesamtwert beträgt 20 Punkte. Der maximale Wert für jede der Fragen beträgt 5 Punkte.
- Nicht jede Frage im PSYCHLOPS wird für die Berechnung eines Gesamtpunktwertes verwendet. Stattdessen werden nur die Fragen zu Problemen (Fragen 1b und 2b), zur Funktionsfähigkeit (Frage 3b) und zum Wohlbefinden (Frage 4) berücksichtigt. Die anderen Fragen liefern nützliche Informationen, tragen aber nicht zum Gesamtwert bei.
- Die für die Bewertung verwendeten Fragen sind mit diesem Symbol gekennzeichnet (). Dieses Symbol erscheint hinter den Kästchen zum Ankreuzen. Für den Behandler kann es hilfreich sein, die Punktwerte hier einzutragen.
- Wenn sowohl F1 (Problem 1) und F2 (Problem 2) ausgefüllt worden sind, ist der Gesamtwert: F1b + F2b + F3b + F4. Wenn F1 (Problem 1) ausgefüllt wurde und F2 (Problem 2) ausgelassen wurde, berechnet sich der Gesamtwert: (F1b x 2) + F3b + F4. Das heißt, der Punktwert von F1b (Problem 1) wird verdoppelt. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass der maximale PSYCHLOPS Gesamtwert 20 ist.

Gesamtpunktzahl PSYCHLOPS Nach der Behandlung: _____