

## Allgemeiner Fragebogen Psychopharmaka

### 13. 13.1. Was ist der Grund für die Verschreibung?

Bitte Namen des Psychopharmakons eintragen:

Bitte Grund für die Verschreibung angeben

- |        |       |                             |           |
|--------|-------|-----------------------------|-----------|
| 1..... | ..... | <input type="checkbox"/> _9 | unbekannt |
| 2..... | ..... | <input type="checkbox"/> _9 | unbekannt |
| 3..... | ..... | <input type="checkbox"/> _9 | unbekannt |
| 4..... | ..... | <input type="checkbox"/> _9 | unbekannt |

Bitte Namen des Psychopharmakons eintragen: 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....

Bitte zuordnen:

- |                             |                              |                              |   |                              |                              |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| 13.2. Psychische Störung    | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01            | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 |
| 13.3. Problemverhalten      | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01            | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 |
| 13.4. Zielsymptom           | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input checked="" type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 |
| 13.5. Neurologische Störung | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01            | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 |
| 13.6. Nebenwirkungen der PP | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01            | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 |
| 13.7. sonstiges<br>.....    | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01            | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 |
| unbekannt                   | <input type="checkbox"/> _9  | <input type="checkbox"/> _9  | <input type="checkbox"/> _9             | <input type="checkbox"/> _9  | <input type="checkbox"/> _9  |

### 13.2.1. Falls aufgrund einer psychische Störung verordnet, bitte ICD-10 Ziffer angeben:

- |               |                             |                             |                             |                             |                             |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ICD-10 Ziffer | .....                       | .....                       | .....                       | .....                       | .....                       |
| unbekannt     | <input type="checkbox"/> _9 | <input type="checkbox"/> _9 | <input type="checkbox"/> _9 | <input type="checkbox"/> _9 | <input type="checkbox"/> _9 |

### Falls aufgrund von Problemverhalten verordnet, bitte zuordnen: (Mehrfachauswahl möglich)

- |   |                              |                              |                              |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 13.3.1. Verbal aggressives Verhalten  | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 | <input type="checkbox"/> _01 |
| 13.3.2. Körperlich aggressives Verhalten  | <input type="checkbox"/> _02 | <input type="checkbox"/> _02 | <input type="checkbox"/> _02 | <input type="checkbox"/> _02 | <input type="checkbox"/> _02 |
| 13.3.3. Destruktives Verhalten (Zerstörungswut)                                 | <input type="checkbox"/> _03 | <input type="checkbox"/> _03 | <input type="checkbox"/> _03 | <input type="checkbox"/> _03 | <input type="checkbox"/> _03 |
| 13.3.4. Selbstverletzende Verhaltensweisen                                      | <input type="checkbox"/> _04 | <input type="checkbox"/> _04 | <input type="checkbox"/> _04 | <input type="checkbox"/> _04 | <input type="checkbox"/> _04 |
| 13.3.5. Unangemessenes sexuelles Verhalten                                      | <input type="checkbox"/> _05 | <input type="checkbox"/> _05 | <input type="checkbox"/> _05 | <input type="checkbox"/> _05 | <input type="checkbox"/> _05 |
| 13.3.6. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten | <input type="checkbox"/> _06 | <input type="checkbox"/> _06 | <input type="checkbox"/> _06 | <input type="checkbox"/> _06 | <input type="checkbox"/> _06 |

Bitte Namen des Psychopharmakons eintragen: 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....					
13.3.7. Übermäßig forderndes Verhalten	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>
13.3.8. Weglaufen	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>
13.3.9. Anderes .....	<input type="checkbox"/> <sub>09</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>09</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>09</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>09</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>09</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>
<b>14. Wird ein Psychopharmakon als Stimmungsstabilisierer eingesetzt?</b>					
nein	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>
ja	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>
<b>15. Werden Medikamente zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen verordnet?</b>					
nein	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>
ja	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>
<b>15.1. Falls ja: Welche Medikamente?</b>					
Bitte Medikament angeben	.....	.....	.....	.....	.....
<b>16. Wer hat das Psychopharmakon <b>erstmal</b>s verordnet?</b>					
Psychiater/Nervenarzt	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
Psychiater mit besonderer Erfahrung in Behandlung von Menschen mit intellektueller Behinderung	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>
Neurologe	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>
Kinderarzt	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>
Allgemeinarzt	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>
Sonstiger Facharzt .....	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.9</sub>

Bitte Namen des Psychopharmakons

eintragen: 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....

18. Erfolgt die Verschreibung „Off label“, d.h. außerhalb der Zulassung?

nein	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>
ja	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>

18.1. vom Interviewer nach umfassender Recherche einzutragen: Erfolgt die Verschreibung nach Prüfung der Indikationsstellung „Off label“?

nein	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>
ja	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>

19. Findet ein Monitoring (Laborparameter, apparative Untersuchungen) für dieses Psychopharmakon statt?

nein	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>
ja	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
nicht erforderlich, da Bedarfsmedikation	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>

19.1. Falls ja: durch wen wird das Monitoring durchgeführt?

Psychiater	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
Psychiater mit Erfahrung in Behandlung Menschen mit IB	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>
Neurologe	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
Kinderarzt	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>
Allgemeinarzt	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>
Sonstiger Facharzt .....	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>
Sonstige nichtärztliche Person .....	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>08</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>

Bitte Namen des Psychopharmakons

eintragen: 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....

20. Gab es im letzten Jahr Dosisanpassungen?

Dosiserhöhung	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
Dosisabsenkung	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>
Dosiserhöhung und - absenkung	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
Keine Dosisveränderung	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>

20.1. Falls es eine Dosisanpassung gab, was waren die Ursachen für diese Anpassung?

Wirksamkeit	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>
Wirksamkeit und Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
sonstiges	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>
nicht zutreffend	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>

20.2. Falls es eine Dosisabsenkung gab, ist diese Teil eines kontrollierten Absetzversuchs?

nein	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>00</sub>
ja	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-9</sub>
nicht zutreffend	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>

23.1. Sind für die Behandlung der angegebenen Verschreibungsgründe mehrere regulär einzunehmende Psychopharmaka eingesetzt (exklusive Bedarfsmedikation)?

<sub>00</sub> nein    <sub>01</sub> ja    <sub>-9</sub> unbekannt

Falls ja, bitte Verschreibungsgrund angeben

23.1.1.....

23.1.2.....

23.2. Sind für die Behandlung der angegebenen Verschreibungsgründe mehrere Psychopharmaka (inklusive Bedarfsmedikation) eingesetzt?

<sub>00</sub> nein    <sub>01</sub> ja    <sub>-9</sub> unbekannt    <sub>-8</sub> nicht zutreffend/keine Bedarfsmedikation eingesetzt

Falls ja, bitte Verschreibungsgrund angeben

23.2.1.....

23.2.2.....

24. Sind zur Behandlung der angegebenen psychiatrischen Verschreibungsgründe weitere **Pharmaka** verordnet?

<sub>00</sub> nein    <sub>01</sub> ja    <sub>.9</sub> unbekannt

24.1. Falls ja: Welches Pharmakon?

24.2. Zur Behandlung welcher psychischen Störung, welchen Problemverhaltens oder welchen Zielsymptoms?

24.1.1.....

24.2.1.....

24.1.2.....

24.2.2.....

24.3. Bitte ordnen Sie die Pharmaka den folgenden Kategorien zu

	24.3.1.	24.3.2.	24.3.3.
Hochdosierte Betablocker (z.B. Atenolol, Propanol)	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
Opioidantagonisten (z.B. Naloxon, Naltrexon)	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>
Melatonin	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
Clonidin	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>
Sonstige .....(bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>
nicht zutreffend	<input type="checkbox"/> <sub>.8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>.8</sub>