

### Gefährdungseinschätzung

Demographische Daten	
Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:

Informationen zur Vorstellung				
Vorstellungsmodalität:	Akut <input type="checkbox"/>	Subakut <input type="checkbox"/>	Planvorstellung <input type="checkbox"/>	
Vorstellungsdatum:				
Verdachtsdiagnose:				
Vorstellungsgrund:	Selbstgefährdung <input type="checkbox"/>	Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>	Sonstiges: <input type="checkbox"/>	
Art der Gefährdung:	Akut <input type="checkbox"/>	Chronisch <input type="checkbox"/>	Entwicklungsgefährdung <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>
Vorstellung mit Einsatzkräften:	Polizei <input type="checkbox"/>	Rettung <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>	
In Begleitung von:	Eltern <input type="checkbox"/>	Betreuer:innen <input type="checkbox"/>	Alleine <input type="checkbox"/>	Sonstigen <input type="checkbox"/>
Patient:in bekannt:	Bekannt <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>		

Bisherige Suizidversuche		
Suizidversuch(e) anamnestisch bekannt:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Suizidversuch vor der Vorstellung/Aufnahme:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Aktuelle Suizidalität	
<b>Selbsteinschätzung Patient:in</b>	
<u>Nur wenn aus Sicht der Begutachter:in möglich, ab 11 Jahren.</u>	
<input type="checkbox"/>	Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
<input type="checkbox"/>	Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte mich am liebsten umbringen.
<input type="checkbox"/>	Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.
<b>Fremdeinschätzung Begutachter:in</b>	
<u>Bitte jedenfalls ausfüllen:</u> Als fachliche Einschätzung aufgrund klinischen Eindrucks und bisheriger Exploration.	
<input type="checkbox"/>	Patient:in denkt nicht daran, sich etwas anzutun.
<input type="checkbox"/>	Patient:in denkt manchmal an Selbstmord, aber würde es nicht tun.
<input type="checkbox"/>	Patient:in würde sich am liebsten umbringen.
<input type="checkbox"/>	Patient:in würde sich umbringen, wenn er/sie die Gelegenheit dazu hätte.

Aufnahme	
Keine Aufnahme <input type="checkbox"/>	Aufnahme auf: <input type="checkbox"/>

<b>Sonstige Anmerkungen:</b>
------------------------------