

Logbuch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA)

Generelle Abkürzungen | OA: Oberärztin, Oberarzt; MB: Mitbehandlerin, Mitbehandler; TT: Tutorin, Tutor;

AW: Arbeitswoche; Pat.: Patientin, Patient; ID: Identifikationsnummer.

(Stand: Feb. 2021)

Vorname	Name	Geburtsdatum
Ausbildungsinstitut / Verfahren		
Zeitraum PiA (Datum von / bis) (1200 h / Jahr)		
Ausbildungsort (Station / Ambulanz)		
Betreuender OA (Name)		
TT / MB (Name)		
Einarbeitungszeit (Datum von / bis)		
Einarbeitung durch		

Einzelbehandlungen

(Vorgaben: Dokumentation aller Einzelbehandlungen an denen der PiA beteiligt ist. Das Datum bezieht sich jeweils auf den Zeitpunkt der gemeinsamen Behandlungsplanung. Zusätzlich muss nach Vorgaben des Ausbildungsinstituts und auf dessen Formularen die Beteiligung an Diagnostik und Behandlung von mindestens dreißig Patientinnen und Patienten, davon mindestens vier unter Einbeziehung von Bezugspersonen dokumentiert werden)

1.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
2.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
3.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
4.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
5.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
6.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	

7.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
8.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
9.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
10.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
11.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
12.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
13.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
14.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
15.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
16.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
17.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
18.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
19.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
20.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
21.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
22.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
23.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
24.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	
25.	Patienten-Nr.:		Mitbehandlung durch:	
	Datum:		Unterschrift OA:	

