

Deeskalationsmanagement
 Celler Straße 38
 38114 Braunschweig
Tel: 595-3935 / 595-3934
Fax: 595-3278

Fragebogen zur Erfassung von aggressivem Verhalten / Patientenübergreifen

Dieser Fragebogen dient der Erfassung von aggressivem Verhalten durch PatientInnen oder Begleitpersonen. Hierbei sollen sowohl verbale Übergriffe als auch physische Angriffe oder die Beschädigung von Gegenständen erfasst werden. Dieser Fragebogen ersetzt nicht den Eintrag ins Verbandbuch oder eine Unfallanzeige. Der Fragebogen kann **anonym oder mit Namen** ausgefüllt werden.

WANN fand das Ereignis statt?	Wochentag	Datum _____ Tag Monat Jahr	Schicht Frühschicht <input type="checkbox"/> Spätschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht <input type="checkbox"/> Normalschicht <input type="checkbox"/>
WO fand der Angriff / Übergriff statt?	Standort S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/>	Station / Einsatzort _____	
WER führte die Tat durch?	Patient..... <input type="checkbox"/> Begleiter..... <input type="checkbox"/> anderer: _____	Geschlecht m..... <input type="checkbox"/> w..... <input type="checkbox"/>	Alter < 20 Jahre..... <input type="checkbox"/> 20-29 Jahre <input type="checkbox"/> 30-39 Jahre <input type="checkbox"/> 40-49 Jahre <input type="checkbox"/> 50-59 Jahre <input type="checkbox"/> 60-69 Jahre <input type="checkbox"/> 70-79 Jahre <input type="checkbox"/> > 80 Jahre..... <input type="checkbox"/>
WODURCH wurde der Angriff / Übergriff ausgelöst?	Kein erkennbarer Auslöser..... <input type="checkbox"/>	ausgelöst durch: Mitpatienten / Begleiter <input type="checkbox"/> therapeutische oder diagnostische Maßnahmen (Untersuchung) <input type="checkbox"/> Hilfe bei den ATL`s..... <input type="checkbox"/> Aufforderung zur Medikamenteneinnahme..... <input type="checkbox"/> Ablehnen eines Wunsches/ Forderung des Aggressors..... <input type="checkbox"/> Wartezeit von _____ min <input type="checkbox"/> war schon bei Aufnahme aggressiv <input type="checkbox"/> anderes: _____	
IN WELCHEM Zustand befand sich der Aggressor?	verwirrt..... <input type="checkbox"/>	alkoholisiert/intoxikiert... <input type="checkbox"/>	schmerzgeplagt..... <input type="checkbox"/> anderes _____

WOMIT bzw. mit welchen Mitteln wurde der Angriff / Übergriff durchgeführt?	<i>Verbal</i> Drohung <input type="checkbox"/> Beschimpfung .. <input type="checkbox"/>	<i>Körperlich</i> berühren / festhalten <input type="checkbox"/> Haare ziehen..... <input type="checkbox"/> schlagen, kratzen <input type="checkbox"/> treten <input type="checkbox"/> beißen <input type="checkbox"/> spucken..... <input type="checkbox"/> anderes _____	<i>Gegenstände</i> Stuhl/Stühle <input type="checkbox"/> Gläser/Flaschen <input type="checkbox"/> andere _____	<i>Waffen</i> Messer <input type="checkbox"/> andere _____
WER / WAS war das Ziel der Aggression?	ungezielt <input type="checkbox"/>	Gegenstände..... <input type="checkbox"/> (z.B. Tisch, Stuhl...)	<i>Klinikpersonal</i> Pflegepersonal..... <input type="checkbox"/> ärztl. Personal..... <input type="checkbox"/> and. Klinikpersonal <input type="checkbox"/> Reinigungspersonal..... <input type="checkbox"/> Praktikant..... <input type="checkbox"/>	<i>Andere Personen</i> Aggressor selbst .. <input type="checkbox"/> Rettungsdienst..... <input type="checkbox"/> Begleitperson <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Mitpatient..... <input type="checkbox"/>
WELCHE Konsequenz hatte der Übergriff für das Opfer bzw. das Ziel des Übergriffs	Keine..... <input type="checkbox"/>	<i>bei verbalen Angriffen:</i> Gefühl der Belästigung/Beleidigung <input type="checkbox"/> Bedrohung..... <input type="checkbox"/>	<i>bei tätl. Angriffen</i> Schmerzen < 15 min <input type="checkbox"/> Schmerzen > 15 min <input type="checkbox"/> Nicht ärztliche Versorgung erforderlich.. <input type="checkbox"/> Ärztliche Versorgung erforderlich..... <input type="checkbox"/>	<i>Beschädigungen:</i> Keine Reparatur erforderlich <input type="checkbox"/> Reparatur / Ersatz erforderlich <input type="checkbox"/>
WIE konnte der Übergriff gestoppt werden?	Keine Maßnahmen erforderlich..... <input type="checkbox"/>	ruhiges Gespräch <input type="checkbox"/> ruhiges Wegführen <input type="checkbox"/> orale Medikation <input type="checkbox"/> parenterale Medikation..... <input type="checkbox"/> Festhalten unter Kräfteinsatz <input type="checkbox"/> Fixierung..... <input type="checkbox"/> Alarmierung der Polizei <input type="checkbox"/> Weiterleitung (and. Krhs.)/ Verlegung <input type="checkbox"/> Andere Maßnahmen: _____		

Auf einer Skala von 1 bis 10 wie schwer bewerten Sie den erlebten Angriff / Übergriff?

1 leicht
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 schwer

Wurde eine Unfallanzeige erstellt? Ja Nein

Wenn Sie möchten, können Sie mit einer Deeskalationsmanagerin/ einem Deeskalationsmanager oder mit einer Betriebsärztin/ einem Betriebsarzt über das Erlebte sprechen. Die Deeskalationsmanager suchen Sie auf Wunsch auch an Ihrem Arbeitsplatz auf. Bitte teilen Sie uns mit, wie wir Sie erreichen können. Wir kontaktieren Sie. Oder rufen Sie uns einfach an (595-3934, 3935) oder Fax: 595-3278.
Ferner kann dieser Fragebogen mit Ihrem Einverständnis der gesetzlichen Unfallversicherung in Kopie übersandt werden. In diesem Fall kann der Fragebogen bei später auftretenden Beeinträchtigungen, die mit dem Unfall in Zusammenhang stehen können, als Unfallanzeige gewertet werden.

Ja, ich möchte ein **Gespräch** mit einem Deeskalationsmanager in Anspruch nehmen.
 Ja, ich möchte ein **Gespräch** mit einer Ärztin/ Arzt im Institut für Arbeitsmedizin in Anspruch nehmen.
 Ja, ich möchte, dass der Fragebogen in Kopie an die Gemeinde-**Unfallversicherung** gesandt wird.

Name:
Adresse
Telefonnummer privat: _____ **Telefonnummer dienstl.:** _____