kompass
Ihr individueller Begleiter

Patientenziele

# Was ist mir für meine Zukunft besonders wichtig?

**Patientenname:** ..... **Datum:** .....

**Station:** .....

## Wie beurteilen Sie Ihre Situation?

| | |
|---|---|
| **Wo liegen Ihre Stärken? Ihre besonderen Fähigkeiten?** | |
| **Wo liegen Ihre Schwächen? Was ist nicht so gut?** | |
| **Welche Fähigkeiten wollen Sie unbedingt noch verbessern?** | ☐ Konzentrationsfähigkeit ☐ Kommunikationsfähigkeit<br>☐ Motivation ☐ Umgang mit anderen Menschen<br>☐ Selbstorganisation ☐ Andere ..... |

Damit wir Ihre Therapie individuell gestalten können, benötigen wir von Ihnen einen Einblick in Ihre Bedürfnisse. Mittels dieses Fragebogens können Sie uns mitteilen, welche Therapieziele Sie in der nächsten Zeit gerne intensiv bearbeiten möchten und welche Themen für Sie in Zukunft besonders wichtig sind.

| | ja | geht so | nein | Anmerkungen: |
|---|---|---|---|---|
| **Fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung gut aufgeklärt?** | | | | |
| **Fühlen Sie sich ausreichend über Ihre medikamentösen Therapieoptionen informiert?** | | | | |
| **Fühlen Sie sich ausreichend über Ihre psychotherapeutischen Therapieoptionen informiert?** | | | | |
| **Ist Ihnen die Einbindung Ihrer Angehörigen wichtig?** | | | | |
| **Ist der Nutzen Ihres Therapieprogramms ersichtlich?** | | | | |
| **Sind Sie mit Ihrer bisherigen Therapie zufrieden?** | | | | |
| **Sind Sie ausreichend über Ihre Therapie informiert?** | | | | |
| **Welche Informationen fehlen Ihnen noch?** | | | | |

## Maßnahmen für Ihre stationäre Zeit:

| | Anmerkungen: |
|---|---|
| **Therapieprogramm 1:** | |
| **Therapieprogramm 2:** | |
| **Therapieprogramm 3:** | |

## Mögliche Ziele:

| | |
|---|---|
| **Strukturierter Tag:**<br>Ein gut geplanter Tagesablauf gibt mir Sicherheit:<br>Bsp.: jeden Tag 15 Minuten Sport treiben, einmal täglich die Wohnung verlassen | |
| **Soziale Kontakte und Beziehungen:**<br>So kann ich die Verständigung mit anderen Mitmenschen verbessern:<br>Bsp.: einmal in der Woche mit einem Angehörigen telefonieren, jedes persönliche Gespräch mit einem Blickkontakt beginnen | |
| **Selbstvertrauen:**<br>So kann ich mein Selbstvertrauen stärken:<br>Bsp.: eine Liste mit meinen Stärken erstellen, jeden Tag einmal an meine Stärken denken | |
| **Berufsweg:**<br>So verbessere ich meine Chancen für meinen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben:<br>Bsp.: mein Profil für eine Stellenbörse erstellen, mit meinem bisherigen Arbeitgeber Kontakt aufnehmen | |
| **Lebensqualität:**<br>So kann ich mit mir selbst zufriedener werden:<br>Bsp.: täglich mindestens einmal an etwas Schönes denken, meine Wohnsituation verbessern | |
| **Andere Ziele:** | |
| **Andere Ziele:** | |

Dieses Material enthält lediglich Beispiele für die im Rahmen einer Schizophrenie-Behandlung abzuklärenden medizinischen Gesichtspunkte und ist nicht als Diagnostik- oder Therapieempfehlung zu verstehen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit! Patientenindividuell können weitere wichtige Behandlungsaspekte abzuklären sein.
Die Entscheidung über Diagnose und Therapie obliegt allein dem behandelnden Arzt.

Alle im Bereich dieses Dokuments zur Verfügung gestellten Informationen wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und zusammengestellt. Die Janssen-Cilag GmbH übernimmt dennoch keine Gewähr für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit. Für den Ersatz von Schäden, gleich aus welchem Rechtsgrund, haftet Janssen-Cilag nur, wenn ihr, ihren gesetzlichen Vertretern, Mitarbeitern oder Erfüllungsgehilfen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt. Schadensersatzansprüche wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit oder aus einer zwingenden Gefährdungshaftung bleiben von der vorstehenden Regelung ausgeschlossen.

Janssen-Cilag GmbH • Johnson & Johnson-Platz 1 • D-41470 Neuss • Telefon: 02137 955-0 • Telefax: 02137 955-327

EM-123344