

Zentrum für Diagnostik und Krisenintervention (ZDK)

Ärztliche Zentrumsleitung: Prof. Dr. med. Philipp Sterzer
Chefarzt Klinik für Erwachsene
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

**Gesundheitszentrum Psychiatrie Kornhausgasse
Frühinterventionsambulanz BEATS**

Kornhausgasse 7
CH-4051 Basel
Tel. + 41 61 325 81 81
fruehintervention@upk.ch

ANMELDUNG FÜR DIE FRÜHINTERVENTIONSAMBULANZ (BEATS)

Patientenangaben:	
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	PLZ/Ort: _____
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geb.-Datum: _____
Tel. _____	email: _____
Krankenkasse/Police-Nr. _____	
<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	
<input type="checkbox"/> Dolmetscher erforderlich, Sprache: _____	
Genauer Arbeitsauftrag/Fragestellung:	
Wichtige Problembereiche/(Verdachts-) Diagnosen:	
Aktuelle und frühere Medikation, Antipsychotika? (falls ja, Dosis und seit wann?)	

Bitte zusammenfassende Berichte und PQ-16-Fragebogen mitschicken, besten Dank.

Zuweiser und Institution/Funktion:	Tel.
Datum:	Unterschrift/Stempel:

Für Fachpersonen

Frühinterventionsambulanz BEATS

Die Frühinterventionsambulanz BEATS (Basel Early Treatment Service) der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel widmet sich der Abklärung und Frühintervention von psychischen Risikozuständen und Erstmanifestationen von psychotischen Episoden bei **jungen Menschen im Alter von 15-35 Jahren.**

Bei einem psychischen Risikozustand für eine Psychose bestehen abgeschwächte psychotische Symptome wie Wahrnehmungsveränderungen, Veränderung in der Sprache und im Denken, Leistungseinbussen sowie ungewöhnliche Ideen oder Misstrauen. Diese psychischen Beeinträchtigungen können sich im Verlauf zu einer Psychose entwickeln.

Falls Sie den Verdacht haben, dass bei Patient:innen/Klient:innen ein psychischer Risikozustand für eine Psychose vorliegt oder bereits Hinweise für eine beginnende Psychose beobachtbar sind, führen Sie den folgenden Fragebogen **PQ-16** durch und melden Sie Ihre Patient:innen/Klient:innen in unserer Frühinterventionsambulanz BEATS an.

Selbst-Screening Fragebogen «psychischer Risikozustand für eine Psychose» PQ-16

Der PQ-16 ist ein kurzer Selbst-Screening Fragebogen, der erste Hinweise gibt, ob ein psychischer Risikozustand für eine Psychose vorliegt und eine weitere Abklärung sinnvoll ist.

Die 16 Items werden von Patient:innen/Klient:innen mit «**richtig**» oder «**falsch**» beantwortet. Die Patient:innen/Klient:innen geben ihre subjektive Wahrnehmung an. Falls ein Item mit «richtig» bewertet wird, gibt der:die Patient:in/Klient:in zusätzlich das Ausmass der Belastung «**nicht**» – «**leicht**» – «**mässig**» – «**schwer**» an.

Erklären Sie Ihren Patient:innen/Klient:innen die Antwortmöglichkeiten und lassen Sie Ihre Patient:innen/Klient:innen den Fragebogen in Ihrem Beisein ausfüllen.
Das Ausfüllen des Fragebogens dauert in der Regel nicht länger als ca. 5-10 Minuten.

Anmeldung in der Frühinterventionsambulanz BEATS

Senden Sie uns den ausgefüllten PQ-16 zusammen mit dem Anmeldeformular an folgende Email-Adresse: **fruehintervention@upk.ch**

Das Anmeldeformular für eine Zuweisung in unsere Ambulanz finden Sie auf unserer Webseite **www.upk.ch** -> **Zuweisende** -> **Anmeldung für Erwachsene** -> **Anmeldung Frühinterventionsambulanz BEATS**

Referenzen

Ising, H. K., Veling, W., Loewy, R. L., Rietveld, M. W., Rietdijk, J., Dragt, S., ... & van der Gaag, M. (2012). The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1288-1296

Für Patient:innen/Klient:innen

Fragebogen PQ-16
(Prodromal Questionnaire)

Wenn Sie zwischen 15 bis 35 Jahre alt sind, füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen aus. Dieser Fragebogen stellt verschiedene Fragen zu Ihren Gedanken, Gefühlen und Erfahrungen. Bitte lesen Sie jede Aussage genau durch. Geben Sie an, ob Sie damit einverstanden sind oder nicht, indem Sie das Kästchen «richtig» oder «falsch» ankreuzen. Wenn Sie mit «richtig» antworten, geben Sie zusätzlich an, wie sehr Sie dies belastet. Bitte beantworten Sie jede Frage. Herzlichen Dank!

Falls «richtig» angekreuzt haben, wie sehr belastet Sie dies?

		nicht	leicht	mässig	schwer	
1.	Ich habe kein Interesse an Dingen, die mir früher Freude bereitet haben.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.	Oft erlebe ich Dinge nochmals genau so, wie sie zuvor wirklich passiert sind (Déjà-vu).	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.	Ich rieche oder schmecke manchmal Dinge, die Andere nicht riechen oder schmecken können.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.	Ich höre oft ungewöhnliche Geräusche wie Knallen, Klicken, Zischen, Klatschen oder Klingeln in den Ohren.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.	Ich bin manchmal verwirrt, ob etwas, was ich erlebe, echt oder eingebildet ist.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6.	Wenn ich eine Person anschau oder mich selbst im Spiegel betrachte, sehe ich, wie sich das Gesicht direkt vor meinen Augen verändert	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7.	Ich werde extrem ängstlich, wenn ich Personen zum ersten Mal begegne.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8.	Ich sehe Dinge, die andere Personen anscheinend nicht sehen können.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9.	Meine Gedanken sind manchmal so stark, dass ich sie fast hören kann.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.	Ich erkenne manchmal spezielle Bedeutungen in Werbungen, Schaufenstern, oder in der Anordnung von Dingen um mich herum.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass ich meine Ideen und Gedanken nicht unter Kontrolle habe.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12.	Manchmal bin ich plötzlich abgelenkt durch entfernte Geräusche, derer ich mir normalerweise nicht bewusst bin.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13.	Ich höre Dinge, die andere Personen nicht hören können, wie zum Beispiel Stimmen von Personen, die flüstern oder sprechen.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.	Ich habe oft das Gefühl, dass andere es auf mich abgesehen haben.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.	Ich hatte schon einmal das Gefühl, dass eine Person oder Kraft in meiner Nähe ist, obwohl ich niemanden sehen konnte.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16.	Ich habe das Gefühl, dass sich Teile meines Körpers irgendwie verändert haben, oder dass Teile meines (eigenen) Körpers anders arbeiten als zuvor.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3