**Einsatzart:  PSNV-B  PSNV-E**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum:**       **ILST-Einsatznr.**       **Alarmzeit:**      Uhr **ILST:**  **Eintreffen:**       Uhr  Nachforderung durch BOS-Einsatzkräfte  Primäralarmierung  **Einsatzende:**       Uhr **Einsatzdauer:**       Std | | |
| **Eingesetzte Mitarbeiter/innen:**  PSNV-Mitarbeiter 1:  PSNV-Mitarbeiter 2:  **Einsatzort (Adresse):** | **Betreute Personen:** | |
| **Anzahl:**  **Alter:**  **Namen:**  **Soziales Verhältnis:** | |
| **Einsatzindikation:** | | |
| Tod im **häuslichen Bereich** (nicht Suizid!)  **Verkehrsunfall**  Tod im **öffentlichen Bereich**  **Schienenunfall**  Tod **eines Kindes unter 18 Jahren**  **Betriebs-/Arbeitsunfall**  **Plötzlicher Säuglingstod**  Gewalterfahrung (Art):  **Suizid/Suizidversuch**  **Vermisstensuche**  **Überbringung Todesnachricht**  **Einsatz abgebrochen/ abbestellt**  **Reanimation**  **Sonstiges:** | | |
| **Situation an der Einsatzstelle:** | **Besonderheiten** | |
| * **Einsatzkräfte vor Ort:** RD  NA  POL/Kripo. * Sonstige: * **Nachforderung:**   Weitere PSNV-Kräfte  Leiter PSNV  SEG-Betreuung  Sonstiges: | **Arbeitsunfall**  **Hinweis auf BG-Unfallmeldung** (“Verletzung  der Psyche/Seele“) **und D-Arzt Vorstellung**  **Sonstiges:** | |
| **Psychosoziale Unterstützung durch:** | **„Soziales Netz“ nach der Akutbetreuung:** | |
| **Aufklärungsgespräche** (akute Belastungsreaktion)  Aktivierung **„Soziales Netz“**  **Strukturierung** der nächsten Tage  Vermittlung institutioneller Hilfe  Begleitung des Klienten |  | **Keines, fehlt!** *Bemerkung:*  **Familie, Verwandte, Freunde, Nachbarn o. ä.**  **Seelsorgliche Einrichtung:**  **Psychosoziale Einrichtung:** |
| **Hinweise auf sich entwickelnde Suizidalität:** | **Abschiednahme von Verstorbenen:** | |
| Klient/in hat **Suizidgedanken** direkt u. nachhaltig  geäußert  Klient/in hat **psychiatrische Grunderkrankung**  geäußert  **Maßnahmen veranlasst:** | **war möglich** wollte alleine sein  zusammen mit PSNV  **wurde nicht gewünscht, weil**  **war nicht möglich, weil**  **Nachholtermin:** | |
| **Maßnahme zur Stressprävention für beteiligte BOS- Einsatzkräfte:** | **Eigene Psychohygiene:** | |
| **persönlich als notwendig erachtet**  **angeboten**  **auf Wunsch veranlasst:** | Ich möchte **eine persönliche Einsatzreflektion mit**  **der fachlichen Leitung so früh wie möglich!**  Ich möchte diesen Einsatz in der nächsten Supervision  (Team-Supervision) besprechen. | |

|  |
| --- |
| **Schilderungen von Einsatzeindrücken und/oder zusätzliche Notizen** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **PSNV-Mitarbeiter 1:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | | **Zufriedenheit:** |  |  |  |  |  |  | | **Belastung:** |  |  |  |  |  |  | | **Sinnhaftigkeit:** |  |  |  |  |  |  | | **PSNV-Mitarbeiter 2:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | | **Zufriedenheit:** |  |  |  |  |  |  | | **Belastung:** |  |  |  |  |  |  | | **Sinnhaftigkeit:** |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:  Unterschrift/en: |  |