**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:       |  |