

Patienten-Initialen: _____ Fallnummer: _____ Anderer Aggressor, nämlich: _____ Ausgefüllt von: _____	Station: _____ Ereignis Nummer: _____ Datum Vorfall: _____ Uhrzeit Vorfall: _____
---	--

Dieses Formular soll durch Mitarbeiter ausgefüllt werden, die Zeuge oder Opfer von aggressivem Verhalten gewesen sind. Dabei wird aggressives Verhalten wie folgt definiert: **Jegliche Form von verbalem, nonverbaalem oder physischem Verhalten, welches für den Patienten/die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder physisches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind** (nach: Morrison, 1990). Bei einem Aggressionsereignis folgendes ausfüllen: Initialen und Fallnummer des Patienten, Datum und Tageszeit (Beginn des Aggressionsereignisses). Bitte in jeder Spalte mindestens eine Angabe ankreuzen (Mehrfachnennungen pro Spalte sind möglich).

1. Provokation	2. Benutzte Mittel	3. Ziel der Aggression	4. Konsequenz(en) Opfer	5. Interventionen zur Beendigung
Kein nachvollziehbarer Anlass <input type="checkbox"/>	Verbale Aggression <input type="checkbox"/>	Nichts/Niemand <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>
AUSGELÖST DURCH	GEWÖHNLICHE GEGENSTÄNDE	Gegenstände <input type="checkbox"/>	GEGENSTÄNDE	Gespräch mit Patient/verbale Interventionen <input type="checkbox"/>
Anderer Patient(en) <input type="checkbox"/>	Stuhl <input type="checkbox"/>	Anderer Patient(en) <input type="checkbox"/>	Beschädigt, Ersatz nicht notwendig <input type="checkbox"/>	Patient ruhig wegbegleitet <input type="checkbox"/>
(Hilfe bei) pflegerischen Tätigkeiten (ATL) <input type="checkbox"/>	Glas/Porzellan <input type="checkbox"/>	Patient selbst <input type="checkbox"/>	Beschädigt, Ersatz notwendig <input type="checkbox"/>	Orale Medikation <input type="checkbox"/>
Patient wurde etwas verwehrt <input type="checkbox"/>	Anderer, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>	Mitarbeiter <input type="checkbox"/>	PERSONEN	Unter Krafteinsatz festgehalten <input type="checkbox"/>
Personal verlangt Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>	KÖRPERTEILE	Anderer Personen, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>	Gefühl der Bedrohung <input type="checkbox"/>	In Zimmer geschickt <input type="checkbox"/>
Anderer Anlässe, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>	Hände (z.B. Schlagen, Stoßen) <input type="checkbox"/>		Schmerz < 10 Min. <input type="checkbox"/>	Isolierung/Separierung <input type="checkbox"/>
	Füße (z.B. Treten) <input type="checkbox"/>		Schmerz > 10 Min. <input type="checkbox"/>	Fixierung <input type="checkbox"/>
	Zähne (Beißen) <input type="checkbox"/>		Sichtbare Verletzung <input type="checkbox"/>	Anderer Maßnahmen, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>
	Anderer, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>		Behandlung notwendig <input type="checkbox"/>	
	GEFÄHRLICHE GEGENSTÄNDE/METHODEN		Behandlung durch Arzt notwendig <input type="checkbox"/>	
	Messer <input type="checkbox"/>		Anderer, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>	
	Würgen <input type="checkbox"/>			
	Anderer, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>			

Hinweis:

Die deutschsprachige Version von SOAS-R ist urheberrechtlich geschützt.

Die Rechte der SOAS-R-Papierform liegen beim Testverlag Boom, Amsterdam, Niederlande (Mail: info@boomtestuitgevers.nl; Website www.boomtestuitgevers.nl). Dort können die Originalformulare bezogen werden. Die Rechte für die elektronische Verwendung liegen bei IGCN Automatisierung, Houten, Niederlande (Mail: info@IGCN.nl; Website www.IGCN.nl). Weitere Informationen zum SOAS-R finden Sie unter:

http://www.boomtestuitgevers.nl/tests_vragenlijsten/1195729772145/1218642399245b/SOAS-R

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/61001893/abstract>

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118640846/abstract>