

| Medarbejder | | Episoden | | Borger | |
|-----------------|--------|-------------------|-------------|--------|--|
| Cpr.nr | Navn | Sted - afdeling | Sted - rum | Navn | |
| ansættelsesdato | Mail : | Dato og tidspunkt | Evt. vidner | Bolig | |

Beskriv episoden både før, under og efter. (Brug evt. bagsiden)

| Hvilken situation udløste episoden (sæt x) |
|--|
| <input type="checkbox"/> hjælp til daglige gøremål |
| <input type="checkbox"/> konflikt løsning |
| <input type="checkbox"/> trøst / omsorg |
| <input type="checkbox"/> grænsesætning |
| <input type="checkbox"/> afslag på ønske / krav |
| <input type="checkbox"/> pludselig aggression |
| <input type="checkbox"/> Ukendt / ny situation |
| <input type="checkbox"/> Misforstået kommunikation |
| <input type="checkbox"/> Pårørende, kollega |
| <input type="checkbox"/> personlig pleje, medicinering, behandling |
| <input type="checkbox"/> behandling, hvilken: |
| <input type="checkbox"/> andet, hvad: |

| Den grænseoverskridende adfærds karakter |
|---|
| Fysisk vold (sæt x) |
| <input type="checkbox"/> vold mod krop f.eks. niv, krads, bid, spark, skub, slag med hånd |
| <input type="checkbox"/> Med genstand f.eks. inventar, bestik, værktøj, andet |

| Den grænseoverskridende adfærds karakter |
|--|
| Psykisk vold (sæt x) |
| <input type="checkbox"/> fysiske trusler med krop eller genstand |
| <input type="checkbox"/> fysiske trusler mod andre |
| <input type="checkbox"/> verbale trusler, |
| <input type="checkbox"/> seksuel grænseoverskridende adfærd |
| <input type="checkbox"/> Ulykke |
| <input type="checkbox"/> nedværdigende tale |
| <input type="checkbox"/> andet : |

| Umiddelbar reaktion på episoden (sæt O) |
|---|
| Ikke påvirket 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 meget påvirket |
| |
| |

| Hændelsen meldt som arbejdsskade |
|---|
| Ja <input type="checkbox"/> |
| nej <input type="checkbox"/> |
| |
| |
| Angst, utryg, ked af det <input type="checkbox"/> |
| Magtesløs <input type="checkbox"/> |
| Vred, irriteret <input type="checkbox"/> |
| Anspændt, træt <input type="checkbox"/> |
| Andet: |

| Mulighed for hjælp under episoden |
|--|
| var du alene ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> |
| Kendte du beboeren ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> |
| Kunne du tilkalde hjælp ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> |
| Var der flugtmuligheder ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> |

| Efter hændelsen |
|---|
| Gik du hjem? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> |

| Eventuelle efterfølgende foranstaltninger |
|---|
| <input type="checkbox"/> samtale med kollega |
| <input type="checkbox"/> samtale med leder |
| <input type="checkbox"/> Psykologisk krisehjælp |
| <input type="checkbox"/> læge |
| <input type="checkbox"/> skadestue |
| <input type="checkbox"/> Anmeldelse til politi |
| <input type="checkbox"/> Andet |

| Ingen efterfølgende foranstaltninger |
|--|
| <input type="checkbox"/> jeg har ikke behov for støtte eller hjælp efter denne episode |
| <input type="checkbox"/> der er ikke iværksat foranstaltninger – men jeg ville ønske at: |