IMPORTANT!

By downloading this file you have indicated your complete agreement and willingness to abide by the terms of the **ORS, SRS, CORS, CSRS, YCORS/SRS, and GSRS/CGSRS Binding License Agreement**

**1. Licensee:** You are hereby licensed by Dr. Barry L Duncan, PA, a licensed entity of PCOMS International, Inc. (hereafter PCOMS), to use the ORS, SRS, CORS, CSRS, YCORS/SRS, and GSRS/CGSRS (hereafter the measures) for your individual use only. Any use of these measures by an agency, group practice, clinic, managed behavioral care organization, or government requires separate application for a group license and payment of appropriate fees. [Click here to apply for or obtain information regarding a group license.](https://betteroutcomesnow.com/products/ors-srs-family-measures-lifetime-license/)

**2. ORS, SRS, CORS, CSRS, YCORS/SRS, and GSRS/CGSRS:** The measures mean any and all paper and pencil or electronic versions of the outcome and process measures, progress and process tracking systems, outcome and process screening, and outcome and process prognosis measurement.

**3. License:** Subject to the terms and conditions of this agreement, PCOMS grants to the licensee a license to use the measures in connection with the licensee’s bona fide behavioral health care or social services practice. The administration and scoring manual, and any and all electronic versions or scoring products associated with the measures may NOT be copied, transmitted, or distributed by the licensee. Paper and pencil versions of the measures may be copied for use in connection with the licensee’s practice.

4**. Modifications**: The licensee may NOT modify, translate into other languages, change the context, wording, or organization of the measures or create any derivative work based on them. The licensee may put the measures into other written, non-electronic, non-computerized, non-automated formats provided that the content, wording, or organization are not modified or changed. The licensee may modify the item line length so that each prints out 10 cm.

**5. Copies, Notices, and Credits**: Any and all copies of the measures made by the licensee must include the copyright notice, trademarks, and other notices and credits on measures. Such notices may not be deleted, omitted, obscured or changed by the licensee. Since you are obtaining the license for individual use only, you may NOT distribute copies of the measures.

**6. Use, Distribution, and Changes**: The measures may only be used and distributed by the licensee in connection with licensee’s bona fide behavioral health care or social service practice and may not be used or distributed for any other purpose.

**7. Responsibility**: Before using or relying on the measures, it is the responsibility of the licensee to read and understand their purpose and clinical application, known as PCOMS, as found in publications such as [*On Becoming a Better Therapist, 2nd edition or PCOMS: An Integrated eLearning Manual.*](https://betteroutcomesnow.com/resources/books/) It is also the responsibility of the licensee to ascertain their suitability for any and all uses made by the licensee. The measures are not diagnostic tools sand should not be used as such. The measures are not substitutes for an independent professional evaluation. Any and all reliance on the measures by the licensee is at the licensee’s sole risk and is the licensee’s sole responsibility. Licensee indemnifies PCOMS and its officers, directors, employees, representatives, and authors of the measures against, and hold them harmless from, any and all claims and law suits arising from or relating to any use of or reliance on the measures and related products provided by PCOMS. This obligation to indemnify and hold harmless includes a promise to pay any and all judgments, damages, attorney’s fees, costs and expenses arising from any such claim or lawsuit.

**8. Disclaimer**: Licensee accepts the measures and associated products “as is” without any warranty of any kind. PCOMS disclaims any and all implied warranties, including implied warranties of merchantability, fitness for a particular purpose, and non-infringement. PCOMS does not warrant that the measures are without error or defect. PCOMS shall not be liable for any consequential, indirect, special, incidental or punitive damages. The aggregate liability of PCOMS for any and all causes of action (including those based on contract, warranty, tort, negligence, strict liability, fraud, malpractice, or otherwise) shall not exceed the fee paid by the licensee to PCOMS. This license agreement, and sections 7 and 8 in particular, define a mutually agreed upon allocation of risk. The fee reflects such allocation of risk.

**9. Construction**: The language used in this agreement is the language chosen by the parties to express their mutual intent, and no rule of strict construction shall be applied against any party.

**10. Entire agreement**: This agreement is the entire agreement of the parties relating to the measures.

**11. Governing Law**: This agreement is made and entered into in the State of Florida and shall be governed by the laws of the State of Florida. In the event of any litigation or arbitration between the parties, such litigation or arbitration shall be conducted in Florida and the parties hereby agree and submit to such jurisdiction and venue.

**12. Modification**: This agreement may not be modified or amended.

**13. Transferability**: This agreement may not be transferred, bartered, loaned, assigned, leased, or sold by the licensee.

**14. Violations**: Violations of any provision or stipulation of this agreement will result in immediate revocation of this license. Punitive damages may be assessed.

**Befindlichkeitsratingskala (ORS)**

|  |
| --- |
| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wer beurteilt die Person? Bitte ankreuzen: Ich selbst:\_\_\_\_\_\_\_, Fremdbeurteilung durch:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beziehung zur Person:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sitzung Nr.: Datum:  |

|  |
| --- |
| Bitte beurteilen Sie, wie Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute in den unten aufgeführten Lebensbereichen gefühlt haben. Je mehr Sie ein Kreuz zum ***linken Ende*** der Linie hin setzen, umso ***schlechter*** ist es Ihnen in diesem Bereich gegangen, je weiter Sie dies nach ***rechts*** setzen, umso ***besser***. *Falls Sie diese Skalen zur Beurteilung einer anderen Person ausfüllen, kreuzen sie bitte an, was Sie glauben, wie sich der- oder diejenige gefühlt hat.*  |

**Achtung: um Genauigkeit bei der Auswertung zu erreichen, sorgen Sie bitte dafür, dass die Skalen jeweils 10 cm lang sind. Verändern Sie bitte diese Vorlage bis Sie diese Länge beim Ausdrucken erreichen und löschen Sie dann diesen Hinweis.**

**Individuell**

(Persönliches Wohlbefinden)

I--------------------------------------------------------------------------I

**Interpersonell**

 (Familie, enge Beziehungen)

I--------------------------------------------------------------------------I

**Sozial**

(Arbeit, Schule, Freundschaften)

I---------------------------------------------------------------------------I

 **Insgesamt**

(Allgemeines Wohlbefinden)

I---------------------------------------------------------------------------I

Better Outcomes Now

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

https://www.betteroutcomesnow.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

|  |
| --- |
|  40 |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **SRS Cutoff** |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Besprechen!! |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ORS Cutoff |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sitzungs-Nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**Sitzungsratingskala (SRS)**

|  |
| --- |
| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_\_Sitzung Nr.: Datum:  |

|  |
| --- |
| Bitte bewerten Sie die heutige Sitzung, indem Sie auf der Linie markieren, inwieweit eine der Beschreibungen zutrifft. |

# Therapeutische Beziehung

Ich fühlte mich *nicht* gehört, verstanden und respektiert.

Ich fühlte mich gehört, verstanden und respektiert.

I---------------------------------------------------------------------------I

**Ziele und Themen**

Wir haben *nicht* daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

I--------------------------------------------------------------------------I

**Herangehensweise oder Methode**

Die Herangehensweise des Therapeuten passt *nicht* gut für mich.

Die Herangehensweise des Therapeuten passt gut für mich.

I---------------------------------------------------------------------------I

**Insgesamt**

Insgesamt gesehen war die heutige Sitzung für mich angemessen.

In der heutigen Sitzung hat etwas gefehlt.

I--------------------------------------------------------------------------I

Better Outcomes Now

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

https://www.betteroutcomesnow.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

übersetzt von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg

**Befindlichkeitsratingskala für Jugendliche (CORS)**

|  |
| --- |
| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sitzung Nr.: Datum:Wer füllt dieses Formular aus? Bitte überprüfe eins: Kind\_\_\_\_\_\_\_ Andere Person\_\_\_\_\_Wenn andere Person, was ist Ihre Beziehung zu diesem Kind?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| Wie gehts dir? Wie läufts in deinem Leben? Lass uns das wissen, indem du eine Markierung auf den Linien machst! Je näher das Kreuz am Smiley ist, umso besser geht es dir. Je näher das Kreuz am mürrischen Gesicht ist, umso schlechter läuft es. *Wenn Sie eine andere Person sind, die dieses Formular ausfüllt, füllen Sie bitte aus, wie Sie denken, dass das Kind es tut.* |

**Ich**

 (Wie gehts mir?)

I--------------------------------------------------------------------------I



**Familie**

 (Wie läufts in meiner Familie?)

I--------------------------------------------------------------------------I

**Schule**

(Wie gehts mir in der Schule?)

I--------------------------------------------------------------------------I



**Insgesamt**

(Wie läufts für mich insgesamt?)

I--------------------------------------------------------------------------I

****

Better Outcomes Now

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

https://www.betteroutcomesnow.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

übersetzt von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg

**Sitzungsbeurteilungsskala für Jugendliche (CSRS)**

|  |
| --- |
| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sitzung Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Wie fandest Du heute unser Gespräch? Schätze bitte ein, wie Du Dich heute im Gespräch gefühlt hast, indem du eine Markierung auf den Linien machst. |

# Zuhören

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hat mir *nicht* immer zugehört.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hat mir zugehört.

****I-------------------------------------------------------------------------I

Was wir getan und worüber wir geredet haben, war *nicht* wirklich wichtig für mich.

**Wie wichtig**

Was wir getan und geredet haben, war wichtig für mich.

I-------------------------------------------------------------------------I



**Was wir getan haben**

Mir hat gefal-len, was wir heute gemacht haben.

Mir hat *nicht*gefallen, was wir heute gemacht haben.

I-------------------------------------------------------------------------I



## Insgesamt

Ich wünsch mir, dass wir was ver-ändern in unserem Gespräch.

Ich hoffe, wir machen beim nächsten Mal Ähnliches wie heute.

I-------------------------------------------------------------------------I



Better Outcomes Now

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

https://www.betteroutcomesnow.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

übersetzt von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg

**Befindlichkeitsratingskala für Kinder (YCORS)**

|  |
| --- |
| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geschlecht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sitzung Nr.: Datum:  |

|  |
| --- |
| Wähl eines der Gesichter aus, das am besten zeigt, wie es dir geht. Oder zeichne selbst ein Gesicht, das für dich stimmt. |

Better Outcomes Now

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

https://www.betteroutcomesnow.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, and Jacqueline A. Sparks

übersetzt von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg

**Sitzungsratingskala für Kinder (YCSRS)**

|  |
| --- |
| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geschlecht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sitzung Nr.: Datum:  |

|  |
| --- |
| Wähl eines der Gesichter aus, das zeigt, wie es heute hier für dich war. Du kannst auch selbst ein Gesicht zeichnen, das für dich stimmt. |

Better Outcomes Now

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

https://www.betteroutcomesnow.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, and Jacqueline A. Sparks

übersetzt von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg

**Gruppenratingskala (GSRS)**

|  |
| --- |
| Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alter (Jahre):\_\_\_\_ID# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geschlecht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sitzung # \_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte bewerten Sie die heutige Gruppensitzung, indem Sie auf der Linie markieren, inwieweit eine der Beschreibungen für Sie zutrifft. |  |

# Therapeutische Beziehung

Ich fühlte mich vom Leiter und/oder der Gruppe *nicht* gehört, verstanden und respektiert.

Ich fühlte mich vom Leiter und der Gruppe gehört, verstanden und respektiert.

I----------------------------------------------------------------------I

Wir haben *nicht* daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

**Ziele und Themen**

I----------------------------------------------------------------------I

**Herangehensweise oder Methode**

Die Herangehensweise des Therapeuten und der Gruppe passen gut für mich.

Die Herangehensweise des Therapeuten/und oder der Gruppe passt *nich****t*** gut für mich.

I----------------------------------------------------------------------I

In der heutigen Gruppensitzung hat etwas gefehlt.- Ich habe mich *nicht* als Teil der Gruppe gefühlt.

**Insgesamt**

Insgesamt gesehen war die heutige Gruppensitzung richtig für mich.- Ich habe mich als Teil der Gruppe gefühlt.

I----------------------------------------------------------------------I

Better Outcomes Now

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

https://betteroutcomesnow.com

©2007, Barry L. Duncan and Scott D. Miller

übersetzt von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg

**Kindergruppenratingskala (CGSRS)**

|  |
| --- |
| Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alter (Jahre):\_\_\_\_Geschlecht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sitzung # \_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Wie fandest Du unsere Gruppe heute? Bitte mache unten auf den Linien jeweils eine Markierung, damit wir wissen, wie Du Dich gefühlt hast. |

Der Leiter oder die Gruppe hat mir ***nicht*** zugehört/ oder mich ***nicht*** gemocht.

Der Leiter und die Gruppe haben mir zugehört und mich gemocht.

**Zuhören**

I-------------------------------------------------------------------------I

 Was wir getan oder worüber wir geredet haben, war wirklich wichtig für mich.

Was wir getan oder worüber wir geredet haben, war ***nicht*** wirklich wichtig für mich.

**Wie wichtig**

I-------------------------------------------------------------------------I

Was wir heute gemacht haben, hat mir ***nicht*** gefallen.

 Was wir heute gemacht haben, hat mir gefallen.

**Was gemacht**

I-------------------------------------------------------------------------I

 Heute war es gut für mich – Ich habe mich als Teil der Gruppe gefühlt.

**Insgesamt**

Heute war es ***nicht*** gut für mich – Ich habe mich ***nicht*** als Teil der Gruppe gefühlt.

I-------------------------------------------------------------------------I

Better Outcomes Now

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

https://betteroutcomesnow.com

© 2011, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks, & John J. Murphy

übersetzt von Arndt Linsenhoff, ProFamilia Heidelberg