

Hinweise zum ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht für Abhängigkeitskranke

Sehr geehrte Damen und Herren,

der **ärztlich-psychotherapeutische Befundbericht** richtet sich als Antragsunterlage zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke an **behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Sozialdienste in Absprache mit Arzt bzw. Psychotherapeut**.

Wir bitten Sie, den ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht zum **Antrag auf medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke** vollständig zu beantworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die passende Antwortkategorie an. Sind Mehrfachantworten vorgesehen („Mehrfachnennungen möglich“), wählen Sie alle passenden Antwortmöglichkeiten aus. Wenn die Antwortmöglichkeit „Sonstige/s“ gewählt wird, konkretisieren Sie diese bitte. Offene Fragen füllen Sie bitte in den vorgesehenen Feldern aus.

Sollte die Antwort auf einzelne Fragen unbekannt sein und sich nicht erheben lassen, lassen Sie diese Fragen bitte offen. Einige Angaben können auch durch Personal (z.B. Medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal) eingetragen werden, beispielsweise in den Kapiteln 0, 1 und 2. Die abschließenden Kapitel 7 (psychopathologischer Befund) und 8 (Teilhabe) sind fakultativ auszufüllen.

Beispielfragen

Beispiel 1: Geschlecht:

☒ m ☐ w

Beispiel 2: Lebenssituation (Mehrfachnennungen möglich):

☐ Alleinlebend Lebt zusammen mit: ☒ (Ehe-)Partner ☐ Kind(ern) ☐ Eltern(-teil) ☒ Sonstige: Cousin

Beispiel 3: Hauptsuchtmittel:

Alkohol

Ärztlich-psychotherapeutischer Befundbericht für Abhängigkeitskranke

0.1 Name des ausfüllenden Arztes/Psychotherapeuten	0.2 E-Mail
0.3 Ggf. Name der Einrichtung	
0.4 Anschrift	
0.5 Telefon	0.6 Telefax

1. Angaben zur Person (Versicherter)

Kapitel kann auch durch Personal ausgefüllt werden

1.1 Versicherten-Nummer: Rentenversicherung	1.2 Versicherten-Nummer: Krankenversicherung	
1.3 Rentenversicherungsträger	1.4 Name der Krankenkasse	
1.5 Name, Vorname	1.6 Geburtsdatum	1.7 Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x
1.8 Adresse		
1.9 Telefon (Festnetz + Handy)	1.10 E-Mail	
1.11 Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Meldeadresse, ggf. Name der Einrichtung)		
1.12 Gibt es Erziehungsberechtigte oder besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja —> <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vormund		
1.13 Name und Anschrift Erziehungsberechtigter/Vormund/Betreuer (Straße, Hausnummer, Ort, Telefon)		
1.14 Bei Betreuung: Art des Betreuungsverhältnisses <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Gesundheitsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Andere: _____		
1.15 Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkender Folgen? <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Psych-KG <input type="checkbox"/> Laufende/bevorstehende Verfahren (noch nicht entschieden) <input type="checkbox"/> BtMG <input type="checkbox"/> Unterbringung nach BGB <input type="checkbox"/> Andere strafrechtliche Grundlage (außerhalb BtMG)		

2. Biographische Angaben/Sozialanamnese

Kapitel kann auch durch Personal ausgefüllt werden

2.A: Wohn- und Lebenssituation:		
2.A.1 Wohnsituation: <input type="checkbox"/> In eigener Wohnung <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen/Einzelwohnen (BEW) <input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung	<input type="checkbox"/> Bei anderen Personen (Angehörige/Freunde) <input type="checkbox"/> (Übergangs-)Wohnheim/therapeutische WG <input type="checkbox"/> Notunterkunft/Übernachtungsstelle/ohne Wohnung <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
2.A.2 Lebenssituation (Mehrfachnennungen möglich): <input type="checkbox"/> Alleinlebend Lebt zusammen mit: <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Kind(ern) <input type="checkbox"/> Eltern(-teil) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
2.B: Soziale Situation/Einbindung:		
2.B.1 Partnerbeziehung: <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Zeitweilige Beziehungen <input type="checkbox"/> Feste Beziehung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	2.B.2 Wichtige Bezugspersonen (Mehrfachnennungen möglich): <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
2.B.3 Eigene Kinder: Anzahl: _____ Alter der Kinder: _____ Bei längerer Abwesenheit Betreuung gewährleistet? (für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	2.B.4 Lebt mit einem Haustier zusammen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bei längerer Abwesenheit Betreuung gewährleistet? (für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.B.5 Klient hat regelmäßige soziale Kontakte (Mehrfachnennungen möglich): <input type="checkbox"/> Zur Familie <input type="checkbox"/> Zu Freunden <input type="checkbox"/> Nein, lebt isoliert <input type="checkbox"/> Zu Arbeitskollegen <input type="checkbox"/> Beteiligt sich am gesellschaftlichen Leben (Hobbys, Vereine, ...)		

2.C: Schulbildung und Beruf:**2.C.1 Schulbildung: Höchster Schulabschluss:**

- ☐ Aktuell in Schulausbildung
☐ Kein Schulabschluss
☐ Sonderschulabschluss
☐ Hauptschulabschluss
☐ Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule
☐ (Fach-)Hochschulreife/Abitur

2.C.3 Erlerner Beruf

2.C.2 Berufsbildung: Höchster Ausbildungsabschluss:

- ☐ Aktuell in Berufs- oder (Fach-)Hochschulausbildung
☐ Kein Berufs- oder (Fach-)Hochschulabschluss
☐ Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss
☐ Meister/Techniker
☐ (Fach-)Hochschulabschluss, höhere Fachschule
☐ Anderer Berufsabschluss

2.C.4 Zuletzt ausgeübte Tätigkeit

2.D: Erwerbssituation**2.D.1 Erwerbsstatus:**

- ☐ Auszubildender
☐ Arbeiter/Angestellter/
Beamter
☐ Selbstständig/Freiberufler
☐ Sonstige Erwerbspersonen
(z.B. Wehrdienst, Elternzeit,
mithelfende Familienangehörige)
☐ Berufliche Rehabilitation
- ☐ Arbeitslos ALG I
☐ Arbeitslos ALG II
☐ Schüler/Student
☐ Rentner/Pensionär
☐ Hausfrau/Hausmann
☐ Sonstige Nichterwerbs-
personen (z.B. SGB XII)

2.D.2 Arbeitsverhältnis:

- ☐ Befristet
☐ Unbefristet
☐ Vollzeit
☐ Teilzeit

2.D.3 Aktueller Arbeitgeber (Name, Anschrift, seit wann):

Name:

Anschrift:

Seit:

2.D.4 Arbeitsunfähig?

- ☐ Nein
☐ Ja, seit: _____

2.E: Lebensunterhalt:**2.E.1 Lebensunterhalt gesichert?**

- ☐ Ja
☐ Nein

2.E.2 Problematische Schulden?

- ☐ Ja
☐ Nein

3. Für die Rehabilitation relevante Diagnostik der Erkrankung und belastender Faktoren:**3.1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung für die Rehabilitation:****3.1.1 Abhängigkeitserkrankungen:**

(ICD-10, ankreuzen bzw. vervollständigen)

Psych. und Verhaltensstörungen

- ☐ durch Alkohol :

F	1	0		
---	---	---	--	--

☐

F	1			
---	---	--	--	--

☐

F	1			
---	---	--	--	--

☐

F	1			
---	---	--	--	--

3.1.2 Pathologisches Spielen,**pathologischer PC-/Internetgebrauch:** (ICD-10, ankreuzen)

- ☐ Pathologisches Spielen

F	6	3	0	
---	---	---	---	--

☐ Pathologischer PC-/Internetgebrauch

F	6	8	8	
---	---	---	---	--

3.1.3 Weitere psychische Störungen:

(ICD-10, ankreuzen und vervollständigen)

- ☐

F				
---	--	--	--	--

☐

F				
---	--	--	--	--

☐

F				
---	--	--	--	--

3.1.4 Weitere für die Behandlung relevante Diagnosen:

(ICD-10, ankreuzen und vervollständigen)

- ☐

--	--	--	--	--

☐

--	--	--	--	--

☐

--	--	--	--	--

**3.1.5 Infektionskrankheiten:**

- ☐ HIV
☐ HCV

Herkunft der unter 3.1.4 aufgeführten Diagnosen:

- ☐ Ärztlich diagnostiziert
☐ Aus ärztlichen Befundberichten
☐ Nach Angaben des Patienten

5. Suchtmittelanamnese:

5.1 Suchtmittel (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Kokain | <input type="checkbox"/> Flüchtige Lösungsmittel | <input type="checkbox"/> Sedativa/Hypnotika |
| <input type="checkbox"/> Opioide | <input type="checkbox"/> Stimulantien | <input type="checkbox"/> Tabak | <input type="checkbox"/> Andere psychotrope Substanzen |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Halluzinogene | | |

Hauptsuchtmittel: _____

☐ Pathologisches Glücksspielen

☐ Pathologischer PC-/Internetgebrauch

5.2 Hauptkonsum: Konsumdauer: _____ Jahr(e)

Anzahl Konsumtage in den letzten 30 Tagen: _____ Tag(e)

5.3 Dosis (bei Alkoholproblematik):

Wie oft trinkt der Patient Alkohol?

- ☐ Nie
- ☐ Etwa 1 mal pro Monat
- ☐ 2 - 4 mal pro Monat
- ☐ 2 - 3 mal pro Woche
- ☐ ≥ 4 mal pro Woche

Wie viele Standardgetränke konsumiert er dann an einem Tag typischerweise?

- ☐ 1 - 2
- ☐ 3 - 4
- ☐ 5 - 6
- ☐ 7 - 9
- ☐ 10 und mehr

Ein Standardgetränk entspricht:
0,33 Liter Bier
0,25 Liter Wein oder Sekt
0,02 Liter Spirituosen

Wie oft hat er an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?

- ☐ Nie
- ☐ < 1 mal pro Monat
- ☐ 1 mal pro Monat
- ☐ 1 mal pro Woche
- ☐ Täglich oder fast täglich

5.4 Dosis (andere Suchtmittel):

5.5 Aktuell abstinent (Hauptsuchtmittel)?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, seit: _____

5.6 Substitution?

- ☐ Nein ☐ Ja

Substitutionsmittel: _____

5.7 Abstinenzphasen (Hauptsuchtmittel):

1. Letzte Abstinenzphase:

Von (Monat/Jahr): _____ Bis (Monat/Jahr): _____

Rückfallursache: _____

2. Längste Abstinenzphase:

Von (Monat/Jahr): _____ Bis (Monat/Jahr): _____

Rückfallursache: _____

5.8 Psychiatrische, neurologische und andere Auffälligkeiten in der Vorgeschichte im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Suizidgedanken | <input type="checkbox"/> Psychose | <input type="checkbox"/> Delir |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Straftaten | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

5.9 Suizidversuche:

Anzahl: _____ Art: _____

Wann zuletzt: _____

5.10 Spielformen (bei pathologischem Glücksspiel):

(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Geldspielautomaten in Spielhallen, Gaststätten, etc.
- ☐ Kleines Spiel der Spielbank (Geldspielautomaten)
- ☐ Großes Spiel der Spielbank (Poker, Roulette, Black Jack, etc.)
- ☐ Wetten
- ☐ Glücksspielen im Internet

5.11 Art des pathologischen PC-/Internetgebrauchs:

(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Gaming
- ☐ Chatting
- ☐ Surfing
- ☐ Kombination
- ☐ Andere: _____

3.2 Ist die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch die Erkrankung bedroht?
☐ Ja ☐ Nein
3.3 Könnte es sich um eine besserungsfähige Leistungsminderung handeln, oder ist ein Dauerzustand anzunehmen?
☐ Betterungsfähige Leistungsminderung ☐ Dauerzustand
3.4 Besteht eine Rückfallgefahr durch Arbeitsbedingungen?
☐ Nein ☐ Ja, durch (Zutreffendes Ankreuzen):
☐ Grifffnähe zu Suchtmitteln ☐ Arbeitsorganisation
☐ Beziehungen am Arbeitsplatz ☐ Arbeitsanforderungen
☐ Sonstiges: _____
3.5 Beeinflusst die Erkrankung die Ausführung einer sicherheitsrelevanten Tätigkeit?

(z.B. bei Bedienung oder im Umgang mit Maschinen oder bei Beförderung von Personen oder Gütern)

☐ Ja ☐ Nein
4. Vorbehandlung:**4.1 Entzugsbehandlungen:**
Anzahl gesamt: _____ Letzte in (Einrichtung): _____
Von: _____ Bis: _____
4.2 Bisherige Entwöhnungsbehandlungen:
4.2.1 Anzahl: _____, davon: Stationär: _____ Kombi: _____
Ganztägig ambulant: _____ Ambulant: _____
4.2.2 Letzte Entwöhnungsbehandlung in (Einrichtung):
Art: ☐ Stationär ☐ Kombi Von: _____ Bis: _____
☐ Ganztägig ambulant ☐ Ambulant

4.2.3 Anschließende Adaption? ☐ Nein ☐ Ja, in: _____
Von: _____ Bis: _____
4.3 Substitutionsbehandlung in (Einrichtung):

Von: _____ Bis: _____

4.4 Weitere psychiatrische/psychotherapeutische/ärztliche Behandlung:
1. Letzte stationäre psychiatrische Behandlung (außer Entzug): _____
Von: _____ Bis: _____
2. Letzte ambulante psychiatrische Behandlung bei: _____
Von: _____ Bis: _____
3. Letzte psychotherapeutische Behandlung bei: _____
Von: _____ Bis: _____
4. Letzte sonstige stationäre Behandlung in (Einrichtung): _____
Von: _____ Bis: _____
5. Letzte weitere Behandlung bei (Fachrichtung): _____
Von: _____ Bis: _____
6. Zuletzt in hausärztlicher Behandlung bei: _____
Von: _____ Bis: _____
4.5 Weitere in Anspruch genommene erkrankungsbezogene Angebote:
☐ Ambulante Beratung ☐ Selbsthilfegruppe
☐ Sozialtherapeutische Maßnahmen Teilnahme: ☐ Regelmäßig ☐ Gelegentlich
☐ Therapeutisches Wohnen Von: _____ Bis: _____

6. Angaben zur beantragten Rehabilitation

6.1 Motivation zur Rehabilitation gegeben?

☐ Ja ☐ Nein

6.2 Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit an der Rehabilitation gegeben?

☐ Ja ☐ Nein

6.3 Aussicht auf Rehabilitationserfolg gegeben?

☐ Ja ☐ Nach Entgiftungsbehandlung (ggf. in Rehabilitationseinrichtung) ☐ Nein

6.4 Empfohlene Rehabilitationsart:

☐ Stationär ☐ Ganztägig ambulant ☐ Kombi ☐ Ambulant

6.5 Empfohlene spezielle Merkmale der Einrichtung:

6.5.1 Psychotherapeutische Ausrichtung:

- ☐ Verhaltenstherapie
☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/
 Psychoanalyse
☐ Sonstige: _____

6.5.2 Angebotsmerkmale:

- ☐ Geschlechtsspezifische Angebote
☐ Kulturspezifische Angebote
☐ Berufsspezifische Angebote
☐ Altersspezifische Angebote
☐ Substitutionsgestützte Entwöhnung
☐ Spezielle therapeutische Angebote:

6.5.3 Einrichtungsmerkmale:

- ☐ Möglichkeit der Kinderbetreuung
☐ Möglichkeit der Unterbringung einer Begleitperson
☐ Möglichkeit der Unterbringung von Haustieren
☐ Fremdsprachige Angebote
 Sprache: _____
☐ Geeignet für Patienten mit:
☐ Starker Gehbehinderung (kein Treppensteigen)
☐ Gehunfähigkeit
☐ Sehbehinderung
☐ Starker Hörschädigung/Ertaubung
☐ Orientierungsstörung etc. (Überwachungsmöglichkeiten)
☐ Dialysepflichtigkeit (Dialysezentrum in 30 Min. erreichbar)

6.6 Wunscheinrichtung des Antragsstellers:

6.7 Eilantrag?:

☐ Ja ☐ Nein

6.8 Was ist wichtig beim Patienten / bei der Patientin des Weiteren zu beachten?

Stempel/Datum/Unterschrift:

Anlage 1: Psychopathologischer Befund (fakultativ auszufüllen)

Bitte ausfüllen, wenn der psychische Befund aus fachlicher Sicht für den Rehabilitationsantrag besonders relevant erscheint.

(bei jedem der Unterpunkte sind Mehrfachnennungen möglich)

7.1 Wahrnehmungsstörungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stimmenhören | <input type="checkbox"/> Optische Halluzinationen |
| <input type="checkbox"/> Illusionen | <input type="checkbox"/> Körperhalluzinationen |
| <input type="checkbox"/> Andere akustische Halluzinationen | <input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmacks-halluzinationen |

7.2 Störung der Affektivität:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gereizt | <input type="checkbox"/> Ratlos |
| <input type="checkbox"/> Deprimiert | <input type="checkbox"/> Hoffnungslos |
| <input type="checkbox"/> Innerlich unruhig | <input type="checkbox"/> klagsam/jammerig |
| <input type="checkbox"/> Affektarm | <input type="checkbox"/> Affektstarr |
| <input type="checkbox"/> Affektinkontinent | <input type="checkbox"/> Affektlabil |
| <input type="checkbox"/> Euphorisch | <input type="checkbox"/> Dysphorisch |
| <input type="checkbox"/> Ängstlich | <input type="checkbox"/> Ambivalent |
| <input type="checkbox"/> Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> Insuffizienzgefühle |
| <input type="checkbox"/> Verarmungsgefühle | <input type="checkbox"/> Störung der Vitalgefühle |
| <input type="checkbox"/> Gefühlslosigkeit | <input type="checkbox"/> Gesteigertes Selbstwertgefühl |
| <input type="checkbox"/> Parathymie | |

7.3 Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Merkfähigkeitsstörung | <input type="checkbox"/> Konfabulation |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung |
| <input type="checkbox"/> Auffassungsstörung | <input type="checkbox"/> Paramnesien |

7.4 Bewusstseinsstörungen:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verminderung | <input type="checkbox"/> Einengung |
| <input type="checkbox"/> Trübung | <input type="checkbox"/> Verschiebung |

7.5 Störung des Antriebs und der Psychomotorik:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antriebsgesteigert | <input type="checkbox"/> Motorisch unruhig |
| <input type="checkbox"/> Antriebsarm | <input type="checkbox"/> Antriebsgehemmt |
| <input type="checkbox"/> Logorrhöisch | <input type="checkbox"/> Maniert bizarr |
| <input type="checkbox"/> Mutistisch | <input type="checkbox"/> Theatralisch |
| <input type="checkbox"/> Parakinese | |

7.6 Orientierungsstörungen:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zeitlich | <input type="checkbox"/> Situativ |
| <input type="checkbox"/> Örtlich | <input type="checkbox"/> Zur Person |

7.7 Wahn:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beziehungswahn | <input type="checkbox"/> Schuldwahn | <input type="checkbox"/> Verarmungswahn |
| <input type="checkbox"/> Eifersuchtswahn | <input type="checkbox"/> Systematisierter Wahn | <input type="checkbox"/> Größenwahn |
| <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

7.8 Formale Denkstörung:

- ☐ Nein ☐ Ja (zutreffendes bitte unterstreichen): gehemmt, verlangsamt, eingengt, umständlich, Perseveration, Grübeln, Vorbeireden, Gedankendrängen, Ideenflucht, Gedankenabreißen, inkohärent, Neologismen

7.9 Befürchtungen und Zwänge:

- ☐ Nein ☐ Ja (zutreffendes bitte unterstreichen): Misstrauen, Hypochondrie, Phobien, Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen

7.10 Ich-Störungen:

- ☐ Nein ☐ Ja (zutreffendes bitte unterstreichen): Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse

7.11 Somatischer Befund:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Appetenzstörung | <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Störung (z.B. Übelkeit) |
| <input type="checkbox"/> Kardiopulmonale Störung (z.B. Atembeschwerden, Schwindel) | | |
| <input type="checkbox"/> Andere: (z.B. starkes Schwitzen, Hitzegefühl, Kopfdruck) _____ | | |

7.12 Andere häufige Störungen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Soziale Umtriebigkeit | <input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitseinsicht |
| <input type="checkbox"/> Selbstbeschädigung | <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug | <input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> Ablehnung der Behandlung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

7.13 Relevanteste psychische Auffälligkeiten der vorliegenden Auflistung (Bitte Unterpunkte entsprechend obiger Auflistung ergänzen):

(1) Wichtigster Befund:

7.	
----	--

(2) Zweitwichtigster Befund:

7.	
----	--

(3) Drittwichtigster Befund:

7.	
----	--

Anlage 2: Teilhabe—Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren (fakultativ auszufüllen)

Bitte ausfüllen, wenn die Teilhabeorientierung aus fachlicher Sicht für den Rehabilitationsantrag besonders relevant erscheint.

8.1 Bestehen Beeinträchtigungen in folgenden Teilhabebereichen (Aktivitäten und Partizipation laut ICF)?

(Zutreffendes bitte unterstreichen oder auf dafür vorgesehener Linie ergänzen)

- ☐ **d1 Lernen und Wissensanwendung** (z.B. lernen, Anwendung des Erlernten, denken, Probleme lösen, Entscheidungen treffen)
- _____
- ☐ **d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (z.B. die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
- _____
- ☐ **d5 Selbstversorgung** (z.B. sich waschen, pflegen, kleiden, essen und trinken, auf seine Gesundheit achten)
- _____
- ☐ **d6 Häusliches Leben** (z.B. Wohnraum beschaffen, Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen)
- _____
- ☐ **d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (z.B. elementare interpersonelle Aktivitäten, formelle Beziehungen, informelle soziale Beziehungen, Familienbeziehungen, intime Beziehungen) _____
- ☐ **d8 Bedeutende Lebensbereiche** (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliche Eigenständigkeit)
- _____

8.2 Welche förderlichen und hemmenden Kontextfaktoren spielen bei der Betrachtung der zu behandelnden Problematik des Betroffenen eine Rolle? (Bitte zutreffende förderliche Kontextfaktoren mit „+“ und hemmende mit „-“ kennzeichnen)

Förderlicher Faktor: (+)
Hemmender Faktor: (-)



- ☐ **Unterstützung und Beziehungen** (z.B. engster und erweiterter Familienkreis, Freunde, Bekannte, Kollegen, Peers, Nachbarn etc.)
- ☐ **Einstellungen/Gesellschaftliche Einstellungen** (z.B. Überzeugungen und Meinungen von Fremden, Verwandten, Fachleuten, Arbeitskollegen, gesellschaftliche Einstellungen, Normen, Konventionen, Weltanschauungen)
- Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze:**
- ☐ **Dienste der Rechtspflege** (z.B. Kontakte oder Maßnahmen im juristischen Kontext, positiver oder negativer Einfluss, Jugendhilfe etc.)
- ☐ **Dienste des Wohnungswesens** (z.B. Wohnungsvermittlung, betreutes Wohnen)
- ☐ **Dienste der sozialen Sicherheit** (z.B. Sozialamt, Sozialhilfe)
- ☐ **Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung** (z.B. häusl. Pflege, Obdachlosenhilfe, Streetworker, Tagesstrukturierung, Jugendhilfe)
- ☐ **Dienste des Gesundheitswesens** (z.B. Beratung/Behandlung bei der eigenen Gesundheitssorge)
- ☐ **Dienste des Bildungs- und Ausbildungswesens** (z.B. Schule, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung)
- ☐ **Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens** (z.B. Arbeitsvermittlung)