Ärztlich-psychotherapeutischer Befundbericht für Abhängigkeitskranke (Kurzfassung u.a. für Hausärzte)

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)

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:** ☐ m ☐ w ☐ 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)		

2. Für die Rehabilitation relevante Diagnostik der Erkrankung und belastender Faktoren

2.1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung für die Rehabilitation:

2.1.1 Abhängigkeitserkrankungen:
(ICD-10, ankreuzen bzw. vervollständigen)

Psych. und Verhaltensstörungen

- ☐ **durch Alkohol :** _____ F 1 0
- ☐ _____ F 1
- ☐ _____ F 1
- ☐ _____ F 1

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

- ☐ **Pathologisches Spielen** F 6 3 0 ☒
- ☐ **Pathologischer PC-/Internetgebrauch** F 6 8 8 ☒

2.1.3 Weitere psychische Störungen:
(ICD-10, ankreuzen und vervollständigen)

- ☐ _____ F
- ☐ _____ F
- ☐ _____ F

2.1.4 Weitere für die Behandlung relevante Diagnosen:
(ICD-10, ankreuzen und vervollständigen)

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

2.1.5 Infektionskrankheiten:

- ☐ **HIV**
- ☐ **HCV**

Herkunft der unter 2.1.4 aufgeführten Diagnosen:

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

2.2 Ist die Leistung im Erwerbsleben durch die Erkrankung bedroht?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

2.3 Könnte es sich um eine besserungsfähige Leistungsminderung handeln, oder ist ein Dauerzustand anzunehmen?

☐ **Besserungsfähige Leistungsminderung** ☐ **Dauerzustand**

2.4 Besteht eine Rückfallgefahr durch Arbeitsbedingungen?

☐ Nein ☐ Ja, durch (Zutreffendes Ankreuzen): ☐ Griffnähe zu Suchtmitteln ☐ Arbeitsorganisation
☐ Beziehungen am Arbeitsplatz ☐ Arbeitsanforderungen
☐ Sonstiges: _____

2.5 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

3. Suchtanamnese

3.1 Suchtmittel (Mehrfachnennungen möglich): Hauptsuchtmittel: _____

☐ Alkohol ☐ Kokain ☐ Flüchtige Lösungsmittel ☐ Sedativa/Hypnotika
☐ Opioide ☐ Stimulantien ☐ Tabak ☐ Andere psychotrope Substanzen
☐ Cannabis ☐ Halluzinogene

☐ Pathologisches Glücksspielen ☐ Pathologischer PC-/Internetgebrauch

3.2 Aktuell abstinent (Hauptsuchtmittel)?

☐ Nein
☐ Ja, seit: _____

3.3 Substitution?

☐ Nein ☐ Ja
Substitutionsmittel: _____

3.4 Bisherige Entwöhnungsbehandlungen:

Anzahl: _____ , davon: Stationär: _____ Kombi: _____
Ganztägig ambulant: _____ Ambulant: _____

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

☐ Suizidgedanken ☐ Psychose ☐ Delir
☐ Krampfanfälle ☐ Straftaten ☐ Sonstiges: _____

3.6 Suizidversuche:

Anzahl: _____ Art: _____
Wann zuletzt: _____ _____

4. Angaben zur beantragten Rehabilitation

4.1 Motivation zur Rehabilitation gegeben?

☐ Ja ☐ Nein

4.2 Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit an der Rehabilitation gegeben? ☐ Ja ☐ Nein

4.3 Aussicht auf Rehabilitationserfolg gegeben?

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

4.4 Empfohlene Rehabilitationsart:

☐ Stationär ☐ Ganztägig ambulant
☐ Kombi ☐ Ambulant

4.5 Eilantrag?:

☐ Ja ☐ Nein

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

Stempel/Datum/Unterschrift:

_____