



Verkürzter Sozialbericht

1. Suchtbezogene Indikationen

a) Diagnosen

Zutreffendes bitte ankreuzen x

Diagnose nach ICD 10	x	Abhängigkeit	x	Schädlicher Gebrauch	Störungsbeginn
Alkohol	<input type="checkbox"/>	(F10.2)	<input type="checkbox"/>		
Opiode	<input type="checkbox"/>	(F11.2)	<input type="checkbox"/>		
Haschisch	<input type="checkbox"/>	(F12.2)	<input type="checkbox"/>		
Sedative / Hypnotika	<input type="checkbox"/>	(F13.2)	<input type="checkbox"/>		
Kokain	<input type="checkbox"/>	(F14.2)	<input type="checkbox"/>		
Stimulantien	<input type="checkbox"/>	(F15.2)	<input type="checkbox"/>		
Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	(F16.2)	<input type="checkbox"/>		
Tabak	<input type="checkbox"/>	(F17.2)	<input type="checkbox"/>		
Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	(F18.2)	<input type="checkbox"/>		
Pathol. Glücksspiel	<input type="checkbox"/>	(F63.0)	<input type="checkbox"/>		
Pathol. Mediengebrauch	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Bei Opiatabhängigkeit:

1) Dauer der Substitutionsbehandlung insgesamt: _____

2) Soll die Rehabilitation unter Substitution begonnen werden? nein ja

b) Anzahl der begonnenen Entzugsbehandlungen: _____

c) Bei aktueller Entgiftungsbehandlung: Tag der Aufnahme: _____

d) Anzahl /reg. Abschluss der begonnenen Entwöhnungsbehandlungen: _____

Stationär: _____ Ganztägig-ambulant: _____

Adaption: _____ Ambulant: _____

e) Abstinenzzeiten: _____

Anmerkungen:



2. Körperliche Beeinträchtigungen

		nein	ja	Diagnose
a)	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)	Internistische Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	Neurologische Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e)	Orthopädische Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f)	Andere Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anmerkungen:

3. Psychische Beeinträchtigungen:

		diagnostiziert	vermutet
a)	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Angsterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Traumafolgestörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen: Bitte auch subjektive Einschätzungen erwähnen



4. Arbeitsbezogene Teilhabe:

a) Abgeschlossene Berufsausbildung

nein ja, als: _____

b) Aktuelle Stellung im Berufsleben/Erwerbsleben

Erwerbstätigkeit, seit _____

Angestellte(r)/ArbeiterIn/Beamte(r) Selbstständige(r)/FreiberuflerIn

Derzeit beschäftigt als: _____

Wochenstunden: _____

Beschäftigt seit: _____ befristet nein ja, bis _____

Probleme am Arbeitsplatz: nein ja

Keine Erwerbstätigkeit, seit _____

Arbeitslose(r), seit _____

Auszubildende(r) RentnerIn/PensionärIn

SchülerIn/StudentIn Hausfrau/Hausmann

c) Finanzielle Situation

Der Lebensunterhalt wird überwiegend finanziert durch: _____

Schuldenproblematik: nein ja, geregelt

ja, ungeregelt

Anmerkungen:



5. Soziale Beziehungen:

- a) Eigene Wohnung vorhanden nein ja
- b) Mit PartnerIn zusammenlebend nein ja
- c) Mit Kindern zusammenlebend nein ja
- d) Weitere Abhängigkeitsproblematik nein ja, in aktueller Familie
 ja, in Herkunftsfamilie
- e) Abstinentes soziales Umfeld vorhanden? nein ja
- f) Freizeitinteressen vorhanden nein ja

Anmerkungen

Ort, Datum der Datenerhebung

MitarbeiterIn/Stempel

Einverständnis zur Übermittlung erhobener Daten/Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich,

(Name der Klientin/des Klienten)

Frau/Herrn

(Vorname, Nachname Insitution)

und

Frau/Herrn

(Vorname, Nachname)

Stempel Rehabilitationseinrichtung

von der gegenseitigen Schweigepflicht. Ich entbinde ausschließlich die oben genannten Stellen und die genannten MitarbeiterInnen (einschließlich Vertretung) von der gegenseitigen Schweigepflicht. Die Schweigepflichtentbindung umfasst den (fern)mündlichen, elektronischen und schriftlichen Austausch zwischen der _____ und den o.g. Stellen/Personen in Form von Auskünften und Berichten.

Ort, Datum

Unterschrift der Klientin/des Klienten