



## 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