Ärztliches Gutachten
im Rahmen des
„Nahtlosverfahren für Alkoholabhängige“
(nach qualifizierter Akutbehandlung)

Versicherungsnummer

Aufnahme erfolgte am: _____

Vorgesehene Verlegung am: _____

Zuordnung zur Fallgruppe: _____

Bitte nur mit Schreibmaschine oder in Druckschrift ausfüllen

Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten	
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Anschrift	

1. Anamnese

1.1 allg. med. Anamnese:

1.2 spez. Suchtanamnese:

1.3 vorherige Entgiftungs-/Entwöhnungsbehandlung:

Entgiftung		Entwöhnung	
von/bis	Behandlungsstätte/Krankenhaus	von/bis	Behandlungsstätte/Krankenhaus

2. Befunde:

2.1 ___ **cm** Größe ___ **Kg** Gewicht

2.2 körperlicher Befund:

2.3 psychischer Befund:

2.4 Leber-/Laborwerte:

Versicherungsnummer

2.5 Rö-Thoraxbefund:

2.6 Zusatzbefunde:

2.7 Erlernter Beruf: _____ zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

2.8 arbeitsunfähig seit: _____ arbeitslos seit: _____

3 Diagnose(n) nach Gewichtung:

1. Diagnose	Seite	Sicher-heit	Ursache	2. Diagnose	Seite	Sicher-heit	3. Diagnose	Seite	Sicher-heit

3.1 Vorschlag für Behandlung des Nebenleidens:

4 Beurteilung der Fähigkeit zur Teilnahme an einer Entwöhnungsbehandlung:

4.1 Rehafähigkeit/Rehabereitschaft

4.2 derzeitige Medikation

4.3 aktuelles Leistungsvermögen

5 Prognose

5.1 Kann nach Durchführung der beantragten Maßnahme der bisherige Beruf weiter ausgeübt werden, oder ist zumindest die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten?

5.2 Ist durch die vorgesehene Maßnahme eine Verschlimmerung vermeidbar bzw. eine Linderung der Krankheitsbeschwerden zu erreichen?

(Ort, Datum, Stempel, Telefonnummer der Station) (Unterschrift des Arztes)

Bitte per Fax an RAG

„Nahtlosverfahren für Alkoholabhängige“
(nach qualifizierter Akutbehandlung)

Information bezüglich Zuordnung zur Fallgruppe

Versicherungsnummer

Aufnahme erfolgte am: _____

Vorgesehene Verlegung am: _____

Zuordnung zur Fallgruppe: _____

Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten	
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Anschrift	
Die/Der Antragsteller/in ist ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ Rentenantragsteller/Rentner ☐ familienversichert	
Name, Vorname, Geburtsdatum des Mitglieds (bei Familienversicherten)	
VS-Nummer der Krankenkasse	

Rheinische Arbeitsgemeinschaft
(Deutsche Rentenversicherung Rheinland)
Königsallee 71

40215 Düsseldorf

Telefax: (02 11) 9 37- Bitte Telefaxnummer (siehe Formular AG 99) auswählen!

z.Hd. Herrn/Frau _____

RH 81- Bitte RH-Teamnummer (siehe Formular AG 99) auswählen!