

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

2. Blatt zum ärztlichen Gutachten

1.3 Suchtanamnese (vergleiche nachfolgende Hinweise):

1.4 Jetzige Beschwerden (vergleiche nachfolgende Hinweise):

2 Untersuchungsbefund am: _____

2.1 Allgemeinbefund: Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Ernährungszustand: _____
Kräftezustand / körperlicher Zustand: _____

2.2 Kopf und Hals (Sinnesorgane, Mund, Rachen, Gebiss):

Zahnbehandlung erforderlich ja nein; Versicherte/r unterrichtet ja nein

2.3 Atmungsorgane:

2.4 Herz- und Kreislauforgane: (Bei Bedarf mit Kreislauffunktionsprüfung):

RR: _____ mm Hg, Puls: _____ /Min., Cyanose: ja nein, Ödeme: ja nein

HINWEISE

Zu 1.3 Suchtanamnese:

Die Suchtanamnese soll Angaben enthalten über:

1. Beginn des Missbrauchs der Suchtmittel
2. Beginn der Unfähigkeit zur Abstinenz
3. Bevorzugte Mittel (Bier, Wein, Schnaps, Medikamente bzw. Rauschdrogen, Nikotin)
4. Frequenz der Suchtmittelleinnahme (täglich, episodisch, periodisch, Wochenende)
5. Missbrauchzeiten zuletzt (ab morgens, ab mittags, ab abends)
6. Mengenangaben
7. Rauschzustände z.B. bei Alkohol (unbekannt, täglich, mehrmals wöchentlich, mehrmals monatlich)

Zu 1.4 Jetzige Beschwerden:

Insbesondere ist nach folgenden charakteristischen Beschwerden zu fragen:

1. Appetitlosigkeit
2. Schlafstörungen
3. Gedächtnislücken
4. Morgendlicher Brechreiz
5. Unbezwingbares Verlangen zum Weitertrinken nach dem ersten Glas
6. Starke Nervosität
7. Kollapszustände/Krampfanfälle
8. Händezittern, das sich nach Suchtmittelleinnahme bessert
9. Wird weniger Alkohol vertragen als früher
10. Prickeln, Ameisenlaufen, Ziehen der Glieder
11. Trugwahrnehmungen

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

3. Blatt zum ärztlichen Gutachten

2.5 Verdauungsorgane:

2.6 Harn- und Geschlechtsorgane:

2.7 Bewegungsorgane:

2.8 Nervensystem

– neurologischer Befund (mit Datumsangabe):

– detaillierter psychiatrischer Befund (mit Datumsangabe):

3 Medizinisch-technische Befunde

► **Wichtige Orientierungsdaten für unseren beratenden Arzt und für den Arzt der Behandlungsstätte** ◀

3.1 Urin: Eiweiß: _____, Zucker: _____ %
 (evtl. Ubg.: _____ Ketokörper: _____
 Streifenfest) Sediment: _____ (sonst.): _____

3.2 Blut: BSG: _____ mm, Blutstat.: Hb: _____ % Ery: _____ HbE: _____ Leuko: _____
 MCV: _____ fl Thromboz.: _____ Blutzucker: _____ mg %
 Bilirubin i. S. ges.: _____ mg %, dir.: _____ mg %,
 GOT: _____ U/l, GPT: _____ U/l, γ GT: _____ U/l, alkal. Phosphatase _____ U/l,
 \mathcal{L} -Amylase _____

Vorhandene Befunde bitte beifügen (z.B. auch Leberbiopsie usw.)

3.3 Röntgenbefunde (Thorax): (nur in medizinisch begründeten Einzelfällen, unabdingbar bei i. v. Drogenkonsum!)

3.4 EKG (nur in medizinisch begründeten Einzelfällen):

Name, Vorname	Versicherungsnummer
---------------	---------------------

4. Blatt zum ärztlichen Gutachten

4 Diagnosen

- 4.1 Sucht:
 4.2 Somatisch:
 4.3 Psychisch:

5 Prognose (bezüglich der Suchterkrankung)

6 Sozialmedizinische Beurteilung

Wichtige Angaben zur Beschleunigung der Bearbeitung

- 6.1 **Liegt eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vor?** ja nein
Wenn ja:
- 6.1.1 Kann bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich abgewendet werden? ja nein
- 6.1.2 Kann bei geminderter Erwerbsfähigkeit durch eine stationäre (bzw. ambulante/teilstationäre) Leistung zur medizinischen Rehabilitation
 – die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden? ja nein
 o d e r
 – eine wesentliche Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich abgewendet werden? ja nein
- 6.2 **Handelt es sich um eine Suchtkrankheit mit typischen Suchtmerkmalen**
 (Abhängigkeit, Kontrollverlust)? ja nein
- 6.3 Handelt es sich lediglich um einen Suchtmittelmissbrauch ohne typische Suchtmerkmale? ja nein
- 6.4 **Ist wegen der Suchtkrankheit eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einem Fachkrankenhaus für Suchtkranke erforderlich?** ja nein
- 6.5 **Ist eine ambulante Leistung zur Rehabilitation ausreichend?** ja nein
- 6.6 Sind voraussichtlich auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich eines weniger suchtgefährdeten Arbeitsplatzes angezeigt? ja nein
- 6.7 Ist volle Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erwarten? ja nein
- 6.8 Ist der/die Versicherte therapiefähig? ja nein
- 6.9 Ist der/die Versicherte reisefähig? ja nein

7 Motivationsgründe

Nur von LWL-Kliniken auszufüllen:

Aufnahmetag	Aufnahmeart	Ende der Entzugsbehandlung	Ende der Unterbringung nach dem PsychKG
Beginn der Entwöhnungsbehandlung			

Bemerkungen

Name und Anschrift der Gutachterin / des Gutachters	Fachrichtung	Datum und Unterschrift
	Telefon-Nr.	

