



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 Suchtmittleinnahme (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 Suchtmittleinnahme 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: \_\_\_\_\_  
 Streifentest) 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,  $\gamma$ 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.	

