

**Nur zur Verwendung in Verbindung mit dem Verfahren
„Sonderweg Reha-Zugang aus dem Jobcenter / Agentur für Arbeit“**

Versicherungsnummer																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				

Anlage zum Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Rheinische Arbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation
in der Deutschen Rentenversicherung
Rheinland
Königsallee 71
40215 Düsseldorf

Westfälische Arbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation
in der Deutschen Rentenversicherung
Westfalen
Gartenstraße 194
48147 Münster

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum																																								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				

Für die oben genannte Versicherte / den oben genannten Versicherten kommt die Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker über den "Sonderweg Reha-Zugang aus dem Jobcenter / Agentur für Arbeit" in Betracht. Um eine sachgerechte Entscheidung treffen zu können, benötigt die Deutsche Rentenversicherung die folgenden ergänzenden Angaben zur sozialmedizinischen Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit oder des kommunalen Trägers sowie die weiteren genannten Informationen.

Ergänzende Angaben zur sozialmedizinischen Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit oder des kommunalen Trägers

Die nachfolgenden Angaben bitte direkt in „Teil A“ einfügen!

- unter Punkt 6 Genussmittel / Drogen

Es wird um Angabe der Diagnose / Diagnosen nach ICD 10 und der Konsummenge gebeten.
- Nach Möglichkeit mit Drogenscreening.

Bei laufender Substitutionsbehandlung:

seit wann / Dauer: _____ Dosis: _____

Soll die Rehabilitation unter Substitution begonnen werden? ja nein

Abstinenzzeiten: _____

- unter Punkt 11-24

Bitte aktuelle Befunde beifügen und behandlungsbedürftige körperliche und psychische Beeinträchtigungen angeben.

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Weitere erforderliche Informationen

(Erhebung im Rahmen der Kundenberatung durch die Mitarbeiterin / den Mitarbeiter des Jobcenters / der Agentur für Arbeit)

Wohnung vorhanden? ja nein

Abstinentes soziales Umfeld vorhanden? ja nein

Welche Besonderheiten sollten bei der Klinikauswahl berücksichtigt werden:

Welche persönlichen Rehabilitationsziele benennt der Kunde?

Woraus ergibt sich die Behandlungsbereitschaft (Eigenmotivation / Fremdmotivation)?
Ist dem Kunden die erforderliche aktive Mitarbeit bewusst?

Mögliche Hinderungsgründe (zum Beispiel offenes Strafverfahren, befristete Aufenthaltserlaubnis):

Ort, Datum

Unterschrift