

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

oder

Versicherten-Nummer der Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Sozialbericht - Psychosoziale Grunddaten -

G0450

Name der Beratungsstelle / Einrichtung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon (mit Durchwahl)

Telefax

E-Mail

Beruf der Aufnehmenden / des Aufnehmenden

Name

Alkohol

Medikamente

Drogen

nicht stoffgebundene Abhängigkeit

Sonstiges: _____

1 Angaben zur Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend vom Rehabilitationsantrag

Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis liegt vor. Eine Kopie ist beigelegt.

Behandelnde (auch Psychotherapeutin / Psychotherapeut)

Name, gegebenenfalls Institution, Ort, Fachrichtung



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Versicherten-Nummer der Krankenkasse

oder

2 Vorbehandlung der Abhängigkeitserkrankung

2.1 Entzugsbehandlungen			
Gesamtzahl	letzte in (Klinik / Einrichtung)	von	bis
2.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen			
Rehabilitationseinrichtung (Name)	Durchführungsart	Jahr	reguläre Entlassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Durchführungsart: 1 = stationär, 2 = ganztägig ambulant, 3 = ambulant, 4 = Kombinationsbehandlung, 5 = Adaption

3 Anamnese der Abhängigkeitserkrankung

3.1 Anamnesedaten (Substanz, pathologisches Verhalten, Beginn, Dauer, Dosis, Verlauf und Gewohnheiten)
3.2 Körperliche Schädigungen und psychische Störungen (Krampfanfälle, Delir, Psychose, Wesensänderungen und Verhaltensänderungen, Suizidversuche und andere)
3.3 Abstinenzphasen (Dauer, Bedingungen, Lebenssituation)
3.4 aktuell abstinent
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja abstinent seit
3.5 Substitution - gegebenenfalls seit wann und mit welchem Mittel (aktuelle Dosierung)
Soll die Rehabilitation unter Substitution begonnen werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Versicherten-Nummer der Krankenkasse

oder

4 Sozialanamnese

4.1 Biographische und familiäre Ereignisse in der persönlichen **Entwicklung** mit Relevanz für die Abhängigkeit (zum Beispiel Elternhaus, Peergruppe)

4.2 Aktuell relevante Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren)

Umweltfaktoren (zum Beispiel Bezugspersonen, Wohnumfeld und soziales Umfeld, Ausbildungsplatz und Arbeitsplatz, gesetzliche Betreuung)

Personbezogene Faktoren (zum Beispiel Faktoren der Persönlichkeit wie Gewissenhaftigkeit, Umgänglichkeit, Selbstvertrauen, Einstellungen zu Gesundheit / Krankheit und Arbeit, Sozialkompetenz, Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln)

4.3 Angaben zu Kindern

Anzahl

Alter

davon im Haushalt lebend

4.4 Schulischer und beruflicher Werdegang

letzte Tätigkeit: _____

wenn arbeitslos, seit wann? _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Versicherten-Nummer der Krankenkasse

oder

4.5 Mögliche Hinderungsgründe für Antritt und Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (zum Beispiel Angaben über laufende Strafverfahren, Angaben zum voraussichtlichen Zeitpunkt für eine Zurückstellung, Angaben über Aussetzung oder Unterbrechung der Strafvollstreckung **zusätzlich Formular G0435 verwenden**)

5 Verlauf der bisherigen Vorbetreuung / Beratung

5.1 Beginn der Beratung im Vorfeld der **jetzt** beantragten Leistung zur medizinischen Rehabilitation

am Beratungsstelle / Einrichtung

5.2 Art (Einzel / Gruppe / Selbsthilfegruppe) und Umfang (Anzahl) der Kontakte

letzter persönlicher Kontakt am:

6 Rehabilitationsziele und Behandlungsbereitschaft

6.1 Welche individuellen Rehabilitationsziele bestehen, wodurch werden sie bestimmt und ist Behandlungsbereitschaft erkennbar (Eigenmotivation und / oder Fremdmotivation)?

6.2 Bei erneuter Beantragung: Welche Problembereiche sollten insbesondere berücksichtigt werden?



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Versicherten-Nummer der Krankenkasse

oder

7 Hinweise zur Leistungsform und zur Art der Rehabilitationseinrichtung

7.1 Schwerpunktsetzung für die medizinische Rehabilitation (zum Beispiel notwendige Behandlungsangebote, spezifische Einrichtungsmerkmale, Leistungsform, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen und lebenspraktischen Kompetenz, therapeutische Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung, Behandlung von Komorbiditäten)

7.2 Wünsche der Antragstellerin / des Antragstellers zur Leistungsform und / oder zur Art der Rehabilitationseinrichtung mit Begründung (zum Beispiel persönliche, sprachliche, kulturelle oder geschlechtsspezifische Besonderheiten, Barrierefreiheit)

8 Zusammenfassung und ergänzende Bemerkungen

Das Formular G0452 - Information und Einwilligungserklärung zum Sozialbericht der Antragstellerin / des Antragstellers zur Weiterleitung an den Leistungsträger und an die Rehabilitationseinrichtung liegt vor.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Aufnehmenden



