Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker im Lande Hessen

Geschäftsstelle: Deutsche Rentenversicherung Hessen

Ärztlicher Befundbericht zur Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung wegen:

☐ **Alkoholabhängigkeit** ☐ **Medikamentenabhängigkeit** ☐ **Drogenabhängigkeit**

Versicherungsnummer

Diesen Vordruck bitte **ausgefüllt in einem Umschlag** der Antragstellerin / dem Antragsteller übergeben zur Mitnahme an die den Antrag entgegennehmende Stelle. Für den ausgefüllten ärztlichen Bericht wird eine Gebühr von 28,91 EUR (inklusiv Schreibgebühr, Fotokopien und Porto) erstattet.

Angaben zur Person

Name	Vorname		Geburtdatum
Postleitzahl	Wohnort, Straße, Hausnummer		
derzeitiger Aufenthaltsort			
erlernter Beruf	wo und als was zuletzt gearbeitet		
arbeitsunfähig ☐ nein ☐ ja	arbeitslos ☐ nein ☐ ja	seit wann	wegen
Eigenanamnese			
Suchtanamnese			
frühere stationäre Behandlungen			
Befunde internistisch			
neurologisch			
psychisch			
Sinnesorgane			
Allergiebereitschaft			
Geschlechtskrankheiten/gynäkologischer Befund			
Hautkrankheiten			

medizinisch-technische Befunde
Blut:

Urin:

Stuhluntersuchung frei von Darmparasiten:

evtl. Röntgenbefund, EKG, Biopsiebefunde:

Diagnose
Hauptleiden

Begleit- und Nebenleiden:

Einstellung des Patienten zur Entwöhnungsbehandlung ☐ positiv ☐ indifferent ☐ negativ

Prognose:

zur Zeit abstinent ☐ nein ☐ ja seit _____

besteht Rehabilitationsfähigkeit ☐ nein ☐ ja
(d.h. ist der Patient in der Lage, an dem gesamten therapeutischen Setting teilzunehmen)

Verständigung in deutscher Sprache möglich ☐ nein ☐ ja

Die Indikationskriterien für eine Entwöhnungsbehandlung ☐ stationär ☐ ambulant sind erfüllt.

ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt

Zulassungsnummer

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Bankverbindung

International Bank Account Number
IBAN
D E

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Formular drucken

Daten löschen