**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 29,61 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 | | arbeitslos | | seit wann | wegen |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ nein | ☐ ja | ☐ nein | ☐ ja | | |

| Eigenanamnese |
|---|
| |

| Suchtanamnese |
|---|
| |

| frühere stationäre Behandlungen |
|---|
| |

| **Befunde**<br>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