

Name der Beratungsstelle / Einrichtung	
Anschrift	
Telefon (mit Durchwahl)	Telefax
E-Mail	

## Sozialbericht - Psychosoziale Grunddaten -

erstellt am
-------------

Versicherungsnummer der Rentenversicherung
--

Versicherten-Nummer der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
--------------------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

1 Alkohol   
 2 Medikamente   
 3 illegale Drogen   
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

<b>1 Angaben zur Person</b>			
Name		Vorname	
Geburtsname		Familienstand	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer		<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis liegt vor. Eine Kopie ist beigelegt.	
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (mit Vorwahl)	
derzeitiger Aufenthaltsort			
(erlernter) Beruf	zuletzt ausgeübte Tätigkeit	arbeitslos seit	nicht erwerbstätig seit

### Erziehungsberechtigte / Erziehungsberechtigter, Betreuerin / Betreuer

Name	<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte / Erziehungsberechtigter	
	<input type="checkbox"/> Betreuerin / Betreuer	
Anschrift	Telefon (mit Vorwahl)	
Art des Betreuungsverhältnisses		
Betreuung eingeleitet am	durch	Aktenzeichen

### Behandelnde Ärzte

Name, Fachrichtung, Anschrift, Telefon (mit Vorwahl)

<b>2 Kinder</b>		
Anzahl	Alter	davon im Haushalt lebend

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**3 Wohnsituation und finanzielle Verhältnisse**  
 (Ausfüllhinweis: Die Daten sind nur zu erheben, soweit sie für die Rehabilitation erforderlich sind)

**4 Vorbehandlung der Abhängigkeitserkrankung**

**4.1 Entzugsbehandlungen**

Gesamtzahl	letzte in (Einrichtung)	von	bis

**4.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Gesamtzahl	davon in den letzten vier Jahren	reguläre Entlassung		
		ja	nein	
in ambulanter Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in ambulanter Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in stationärer Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in stationärer Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen (z. B. zu einer durchgeführten Adaption)

**5 Anamnese der Abhängigkeitserkrankung**

**5.1 Suchtmittelanamnese**

Suchtmittel	Beginn / Dauer	Dosis, Verlauf und Gewohnheiten

**5.2 Körperliche und psychische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte (Krampfanfälle, Delir, Psychose, Suizidversuche u. a.)**

**5.3 Von der Antragstellerin / dem Antragsteller beschriebene Verhaltens- und / oder Wesensveränderungen im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**5.4** Abstinenzphasen (Dauer, Bedingungen, Lebenssituation)

  
  
  

<b>5.5</b> aktuell abstinent	abstinent seit
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

ggf. seit wann und mit welchem Mittel substituiert

**6 Sozialanamnese**

**6.1** Elternhaus und persönliche Entwicklung

  
  
  

**6.2** Soziales Umfeld und wichtige Bezugspersonen

  
  
  

**6.3** Schulischer Werdegang, Arbeits- und Berufsanamnese (beruflicher Werdegang)

**6.3.1** Schulbildung

letzter Schulabschluss (Art der Schule), Jahr	ohne Schulabschluss abgegangen im Jahr
---	--

**6.3.2** Berufsausbildung (auch wenn kein Abschluss erworben wurde)

von	bis	Beruf	Abschluss
-----	-----	-------	-----------

Berufsausbildung nie angestrebt     Fachschulabschluss     Hochschulabschluss

**6.3.3** Zeiten der Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit

von	bis	beschäftigt als	bei Arbeitgeber, Ort	arbeitslos
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

**6.4** Mögliche Hinderungsgründe für Antritt und Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (z. B. Angaben über laufende Strafverfahren, Angaben zum voraussichtlichen Zeitpunkt für eine Zurückstellung, Angaben über Aussetzung oder Unterbrechung der Strafvollstreckung)

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**7 Verlauf der bisherigen Vorbetreuung / Beratung****7.1** Beginn der Vorbetreuung / Beratung im Vorfeld der beantragten Leistung zur medizinischen Rehabilitation

am

Beratungsstelle / Einrichtung

**7.2** Art und Umfang (Anzahl) der Einzelkontakte**7.3** Art und Umfang (Anzahl) der Gruppenkontakte**7.4** Einbindung der Familie und / oder sonstiger wichtiger Bezugspersonen (in welcher Form?)**7.5** Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und Häufigkeit der Teilnahme**8 Behandlungsbereitschaft und individuelle Rehabilitationsziele****8.1** Ist Behandlungsbereitschaft erkennbar und wodurch wird sie bestimmt (Eigen- und / oder Fremdmotivation)?**8.2** Welche persönlichen Rehabilitationsziele benennt die Antragstellerin / der Antragsteller?**8.3** Bei erneuter Entwöhnungsbehandlung:  
Hat sich zwischenzeitlich die Einstellung zum Suchtmittel geändert? Wenn ja, in welcher Weise?

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**9 Hinweise zur Leistungsform und zur Art der Rehabilitationseinrichtung**

**9.1** Schwerpunktsetzung für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Beraterin / des Beraters (z. B. notwendige Behandlungsangebote, spezifische Einrichtungsmerkmale, Leistungsform)

**9.2** Angaben zu weiteren voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen (z. B. andere Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Adaption, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Betreutes Wohnen, ambulante Psychotherapie)

**9.3** Ggf. Wünsche der Antragstellerin / des Antragstellers zur Leistungsform und / oder zur Art der Rehabilitationseinrichtung und Begründung der Wünsche

**9.4** Sind bei der Auswahl der Einrichtung persönliche, religiöse oder geschlechtsspezifische Besonderheiten zu beachten?

**10 Zusammenfassende Stellungnahme im Hinblick auf die beantragte Leistung**

Die Einverständniserklärung (Formular G2104) der Antragstellerin / des Antragstellers zur Weiterleitung an den Leistungsträger und an die Entwöhnungseinrichtung liegt vor.

**11 Name und Beruf der / des Aufnehmenden**

Ort, Datum

Unterschrift