

ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME

Im Rahmen von Eingliederungshilfeleistungen nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) für Erwachsene

Auftrag/Fragestellung:

Um über einen Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem SGB IX zu entscheiden, benötigen wir Angaben zu bestehenden Diagnosen sowie eine aussagekräftige medizinische Einschätzung, inwieweit diese im Alltag zu Einschränkungen führen.

Angaben zum Leistungsberechtigten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Wohnanschrift:

Gesetzliche Vertretung: nein ja

Name, Vorname:

Ärztliche Stellungnahme erfolgt durch:

Name des Arztes/der Ärztin:

Fachrichtung:

Gesundheitsamt: nein ja

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

Telefonnummer:

erstellt aufgrund eigener ärztlicher Untersuchung am:

und/oder

erstellt aufgrund folgender Unterlagen

Erstbegutachtung

Nachbegutachtung

Angaben zu Diagnosen/Beeinträchtigungen/Behinderungen

Medizinische Diagnose/n nach ICD 10/DSM IV (Reihung nach Bedeutung)

Diagnosen

Nr. nach ICD 10

Art der Behinderung:

vorhandene Behinderung

körperlich seelisch
geistig Sinnesbehinderung
Chronisch psych. krank
Abhängigkeit/Suchterkrankung

drohende Behinderung/en

körperlich seelisch
geistig Sinnesbehinderung
Chronisch psych. krank
Abhängigkeit/Suchterkrankung

Grad der Behinderung:

Merkzeichen:

Eine wesentliche/drohende Behinderung wurde festgestellt:

ja

nein

Begründung:

Derzeitige bzw. neu verordnete Therapien/durchgeführte bzw. geplante Maßnahmen:

Physiotherapie seit: neu verordnet

Logopädie seit: neu verordnet

Ergotherapie seit: neu verordnet

stationäre Rehabilitationsmaßnahmen: von: bis: geplant

Sonstige:

Beantragte bzw. vorhandene Hilfsmittel:

Kurze Schilderung des Krankheitsverlaufs/der Beeinträchtigungen/einer Behinderung, den Behandlungszeitraum sowie ggf. Angaben zu Ursache und Beginn:

Wie wirken sich die organisch-funktionellen Störungen/Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen aus medizinischer Sicht aus und inwieweit führen diese zu Nachteilen im Alltag und zu Teilhabe Einschränkungen? Orientieren Sie sich dabei möglichst an den Bereichen nach dem ICF.

(Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste Wahrnehmung, Sprache erwerben, Aufmerksamkeit), Bewältigung von allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgaben übernehmen, Verhalten steuern), Kommunikation (z.B. Mitteilungen verstehen/produzieren, Dialog mit anderen), Mobilität (z.B. Körperpositionen, Fein- und Grobmotorik, Fortbewegung), Selbstversorgung (z.B. Hygiene, Nahrungsaufnahme), interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Familie, Gleichaltrige, Formelle Beziehungen), bedeutende Lebensbereiche (z.B. gezieltes aktives Spiel allein/mit anderen))

Ist der Leistungsberechtigte aufgrund seiner Behinderung in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen?

ja nein

Welche Maßnahmen sind aus medizinischer Sicht erforderlich:

Vorstellung bei einem Psychotherapeuten/Psychologen

Weiterführende medizinische Diagnostik

Therapien:

Beratung:

Sonstiges:

Welche Ziele können aus ärztlicher Sicht mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe erreicht werden?

Eine Nachbegutachtung im Hinblick auf einen möglichen Hilfebedarf ist empfehlenswert

nein ja, in ca. Monaten

Weitere Anmerkungen:

Datum

Unterschrift und Stempel