

## Ärztlich-psychotherapeutischer Befundbericht für Abhängigkeitskranke (Fassung für Hausärzte)

0.1 Name des ausfüllenden Arztes/Psychotherapeuten	0.2 E-Mail
0.3 Ggf. Name der Einrichtung	
0.4 Anschrift	
0.5 Telefon	0.6 Telefax

### 1. Angaben zur Person (Versicherter)

1.1 Versicherten-Nummer: Rentenversicherung	1.2 Versicherten-Nummer: Krankenversicherung	
1.3 Rentenversicherungsträger	1.4 Name der Krankenkasse	
1.5 Name, Vorname	1.6 Geburtsdatum	1.7 Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
1.8 Adresse		
1.9 Telefon (Festnetz + Handy)	1.10 E-Mail	
1.11 Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Meldeadresse, ggf. Name der Einrichtung)		

### 2. Für die Rehabilitation relevante Diagnostik der Erkrankung und belastender Faktoren

#### 2.1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung für die Rehabilitation:

<p><b>2.1.1 Abhängigkeitserkrankungen:</b> (ICD-10, ankreuzen bzw. vervollständigen)</p> <p><b>Psych. und Verhaltensstörungen</b></p> <p><input type="checkbox"/> durch Alkohol : _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p>	F	1	0			F	1				F	1				F	1				<p><b>2.1.2 Pathologisches Spielen,</b> <b>pathologischer PC-/Internetgebrauch:</b> (ICD-10, ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologisches Spielen <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">X</td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/> Pathologischer PC-/Internetgebrauch <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="width: 20px; text-align: center;">X</td></tr></table></p>	F	6	3	0	X	F	6	8	8	X
F	1	0																													
F	1																														
F	1																														
F	1																														
F	6	3	0	X																											
F	6	8	8	X																											
<p><b>2.1.3 Weitere psychische Störungen:</b> (ICD-10, ankreuzen und vervollständigen)</p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">F</td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p>	F					F					F					<p><b>2.1.4 Weitere für die Behandlung relevante Diagnosen:</b> (ICD-10, ankreuzen und vervollständigen)</p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p><input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table></p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</p> <p><b>Herkunft der unter 2.1.4 aufgeführten Diagnosen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ärztlich diagnostiziert</p> <p><input type="checkbox"/> Aus ärztlichen Befundberichten</p> <p><input type="checkbox"/> Nach Angaben des Patienten</p>															
F																															
F																															
F																															
<p><b>2.1.5 Infektionskrankheiten:</b></p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> HCV</p>																															

#### 2.2 Ist die Leistung im Erwerbsleben durch die Erkrankung bedroht?

Ja       Nein

#### 2.3 Könnte es sich um eine besserungsfähige Leistungsminderung handeln, oder ist ein Dauerzustand anzunehmen?

**Besserungsfähige Leistungsminderung**                       **Dauerzustand**

