

Fachkrankenhaus .....  
 Abteilung .....  
 Adresse .....

Datum:
Telefon:
Untersigner:

## Medizinisches Gutachten zum Gesamtplan nach § 58 SGB XII für

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

### 1 Art der Behinderung

bei mehrfachen Behinderungen, z.B. geistig und körperlicher Behinderung, ist maßgeblich für die Auswahl der korrekten Behinderungsart die für die Gewährung der hauptsächlichen Hilfe (z.B. Heimunterbringung)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> geistig    | <input type="checkbox"/> wesentlich geistig    |
| <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> wesentlich körperlich |
| <input type="checkbox"/> seelisch   | <input type="checkbox"/> wesentlich seelisch   |

### 2 Zuordnung zum Personenkreis

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII              | <input type="checkbox"/> § 53 Abs. 2 i.V.m Abs. 1 Satz 2 SGB XII |
| <input type="checkbox"/> § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XII              | <input type="checkbox"/> Krankheit im Sinne des SGB V            |
| <input type="checkbox"/> § 53 Abs. 2 i.V.m Abs. 1 Satz 1 SGB XII | <input type="checkbox"/> § 67 ff SGB XII                         |

### 3 Aktuelle Situation und Auswirkungen der Behinderung

(unter Berücksichtigung der Ebenen: Schädigung, funktionelle Einschränkung bzw. Fähigkeitsstörung und soziale Beeinträchtigung) Gutachten müssen alle für eine rechtliche Wertung erforderlichen Angaben enthalten (vgl. Nr. 10 Abs. 2 AV EH), insbesondere festgestellte Tatsachen, Empfehlungen über Art und Umfang von erforderlichen Leistungen unter Berücksichtigung von Kostengesichtspunkten

### 4 Psychiatrische Behandlung/Krankengeschichte

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ICD 9 | <input type="checkbox"/> ICD 10 |
| ICD 9 Schlüssel _____          | ICD 10 Schlüssel _____          |

In welchem Alter erfolgte erstmals eine psychiatrische/suchtspezifische Behandlung Mit \_\_\_\_\_ Jahren

In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre psychiatrische/suchtspezifische Behandlung Mit \_\_\_\_\_ Jahren

Psychopharmakologische Behandlung seit:  regelmäßig  
 zeitweise

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neuroleptika   | <input type="checkbox"/> Lithium/Carbamacepie | ggf. aktuelle Medikation |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Tranquilizer   |   |                          |

**5 Bisherige Maßnahmen**

1 = Krankenbehandlung; 2 = Reha-Maßnahme;	Zeitraum	Leistungsträger

**6 Empfehlung**

die beantragte(n) Maßnahme(n) in der Übergangseinrichtung wird (werden) empfohlen

- Ja                    Leistungserbringer Drogentherapie-Zentrum Berlin e.V., Frankfurter Allee 40, 10247 Berlin
- Nein                    Begründung, ggf. Alternativen:

**7 Begründung, angestrebtes Ziel, Erfolgsaussichten der empfohlenen Leistung(en)**

(Jede Leistung muss notwendig, ausreichend und zweckmäßig sein. Die Leistung ist zu begründen - Nr. 2, 17 AV-EH)

- Sicherung des Übergangs zwischen .....
- psychosoziale Stabilisierung
- Klärung der Anschlussversorgung
- .....
- .....

Voraussichtliche Dauer der Maßnahme: .....

**8 Beteiligte an der Erstellung des Gutachtens für den Gesamtplan (ggf. auch Betreuer/in und Leistungsberechtigter)**

Name	Funktion	Fon/Mail

Unterschrift/Stempel

.....