

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

.....