

**Fachliche Stellungnahme (gem. §100 SGB X)**  
*- zur Vorlage beim Träger der Eingliederungshilfe -*

**Ärztliche Stellungnahme**

**Psychotherapeutische Stellungnahme**

**Daten der Person:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Diese fachliche Stellungnahme wurde erstellt durch:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Beruf /  
Fachrichtung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Die oben genannte Person**

ist bei mir / uns seit \_\_\_\_\_ in  ambulanter  stationärer

ärztlicher / psychotherapeutischer Behandlung.

**Diagnosen und Schlüssel nach ICD 10/11:**

\_\_\_\_\_

**Einschränkungen der Körperfunktionen und –strukturen:**

\_\_\_\_\_

**Beeinträchtigungen, die sich hieraus in Wechselwirkung mit Kontextfaktoren ergeben:**

\_\_\_\_\_

Liegen selbst- und / oder fremdgefährdende Verhaltensweisen vor?

Ja       Nein

Wenn ja, Beschreibung:

\_\_\_\_\_

Bestehen aus fachlicher Sicht Hinweise, dass bei der oben genannten Person

- eine Abweichung vom alterstypischen Zustand vorliegt und

- dies bereits länger als sechs Monate andauert bzw. dies mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist? Wenn ja, zu welcher Diagnose?

Ja       Nein

Wenn ja, aufgrund von Einschränkungen der

körperlichen Funktionen

geistigen Fähigkeiten

seelischen Gesundheit

Sinnesfunktionen

Folgende medizinische und therapeutische Behandlungsmaßnahmen werden		
	empfohlen	bereits in Anspruch genommen
Medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außerklinische Intensivpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant psychiatrische Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leistungen nach § 37 SGB V:		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung:		
_____		

Ist nach fachlicher Einschätzung eine (Neu-)Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §14 ff SGB XI sinnvoll?

Ja       Nein

Ist der Grund für die Behinderung der oben genannten Person ein Unfall, ein Behandlungsfehler, ein Impfschaden oder eine Verletzung durch eine andere Person?

Ja (ggf. Erläuterung / Dokumente beifügen)       Nein       nicht bekannt

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel \_\_\_\_\_