

AZ:**Teilhabeplanung - Fachärztliche Stellungnahme gem. § 100 SGB X**

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	

Diese fachliche Stellungnahme wurde erstellt durch:

- ☐ Klinik ☐ Ambulanz ☐ niedergelassene/r Arzt/Ärztin
☐ Gesundheitsamt ☐ Sonstige: _____

Institution:

Arzt/Ärztin:

Fachrichtung:

Anschrift:

Telefon:

Herr / Frau _____

ist bei mir/uns in ☐ erstmaliger ☐ gelegentlicher ☐ regelmäßiger ☐ ambulanter ☐ stationärer
ärztlicher Behandlung

Hauptdiagnose (ICD-10): _____**Weitere Diagnose(n):** _____

Die Krankheit geht zurück auf einen Unfall (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft) **oder** ist Folge einer Geburtsschädigung durch Arzt- oder Hebammenfehler, einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung, eines Impfschadens oder einer Gewalttat

☐ Nein ☐ Ja ggf. Erläuterung / ggf. Dokumente beifügen

Aus fachärztlicher Sicht wird festgestellt, dass eine Abweichung vom alterstypischen Zustand der

☐ körperlichen Funktion ☐ geistigen Fähigkeit ☐ seelischen Gesundheit

vorliegt, die bereits länger als sechs Monate andauert bzw. – trotz anderer Maßnahmen – mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Es wird ärztlicherseits eine erhebliche Funktionseinschränkung der Gesundheit gesehen, die die Fähigkeit zum selbstbestimmten Leben beim Wohnen und bei der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben wesentlich einschränkt bzw. einzuschränken droht.

☐ **Nein** ☐ **Ja**

Bitte beschreiben Sie diese erhebliche gesundheitliche Funktionseinschränkung, die eine (drohende) wesentliche Beeinträchtigung in der Teilhabefähigkeit hat/haben kann (ggf. Erläuterung):

Kommt eine medizinische Rehabilitationsbehandlung in Betracht?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn Nein, warum nicht (bitte konkret begründen):

Wenn Ja, welche:

Es werden bereits ärztliche und ärztlich verordnete Behandlungsmaßnahmen aktuell in Anspruch genommen (soweit sie für die aktuelle Situation von Bedeutung sind):

☐ Ambulante Psychiatrische Pflege

☐ Behandlungspflege

☐ Psychotherapie

☐ Ergotherapie

☐ Frequenz/Woche

☐ Frequenz/Woche

☐ Frequenz/Woche

☐ Frequenz/Woche

☐ Soziotherapie

☐ Frequenz/Woche

☐ Sonstiges

☐ Frequenz/Woche

Sofern z.Zt. keine ärztlichen bzw. ärztlich verordneten Behandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen werden, sind ggfs. Behandlungsmaßnahmen angezeigt bzw. demnächst geplant?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche

Es liegen selbst- oder fremdgefährdende Tendenzen vor.

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Gem. § 100 SGB X besteht eine Auskunftspflicht des Arztes/der Ärztin, der Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Auskunft ist erforderlich, weil die o. g. Person beim LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe Leistungen nach dem SGB IX beansprucht.

Diese Stellungnahme ist durch Gesundheitsämter kostenfrei zu erstellen (§ 64 Abs. 2 SGB X). Niedergelassenen (Fach-)Ärzten wird die Übernahme der Gebühr nach Ziffer 80 GOÄ einfacher Satz = 17,49 € zzgl. Umsatzsteuer zugesichert (§ 11 i. V. m. § 5 Abs. 1 S. 2 GOÄ). Rechnungen bitte an das LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe, 48133 Münster.

Ort, Datum

Unterschrift
Arzt/Ärztin:
