

Arztbericht

Anlage zum Antrag auf Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im ATZ/RPK Saarbrücken

Verfasser: _____

Klinik: (bitte Anschrift, Stempel)

Datum: _____

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Relevante soziale und berufliche Daten:

Betreutes Wohnen

Sozialbeistandschaft

Gesetzliche Betreuung

Schul- und Berufsausbildung:

Ohne Schulabschluss

Sonderschul-/Förderabschluss

Hauptschule ohne Abschluss

Hauptschulabschluss

Mittlere Reife

Fach-/Abitur

Beruflicher Abschluss: _____

Letzte Berufsbezeichnung: _____

Bestehender Arbeitsplatz: ja nein

Berentung: ja nein

Krankheitsanamnese:

Diagnose(n):

Erstmanifestation im Jahr _____ im Alter von _____ Jahren

Rezidive/Episoden _____

Auslösefaktoren _____

Stationäre Behandlungen nein ja
Wenn ja: Anzahl _____

Suizidversuche nein ja

Derzeitige Medikation:

Präparat /Dosis

Compliance: vorhanden unsicher fehlend

Frühere Rehabilitationsmaßnahmen:

Institution: _____

Art der Maßnahme: _____

Ergebnis/Empfehlung: _____

Aktuelle soziale Situation:

Tagesstruktur/Aktivitäten möglich: ja nein
Probleme im Sozialverhalten: ja nein
Soziale Härtebedingungen/Konfliktsituationen: ja nein

Behinderungsprofil nach Mini-ICF-APP:

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| 1. Anpassung an Regeln und Routinen | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 2. Planung und Strukturierung von Aufgaben | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 4. Anwendung fachlicher Kompetenzen | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 6. Durchhaltefähigkeit | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 7. Selbstbehauptungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 8. Kontaktfähigkeit zu Dritten | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 9. Gruppenfähigkeit | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 10. Familiäre bzw. intime Beziehungen | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 11. Spontane Aktivitäten | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 12. Selbstpflege | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |
| 13. Verkehrsfähigkeit | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt |

Aktueller psychopathologischer Befund:

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| 1. Kognitive Störungen: | <input type="checkbox"/> Auffassung | <input type="checkbox"/> Konzentration |
| | <input type="checkbox"/> Merkfähigkeit/Gedächtnis | |
| 2. Intelligenz: | <input type="checkbox"/> gemindert | |
| 3. Formales Denken: | <input type="checkbox"/> Verlangsamung/Hemmung | <input type="checkbox"/> Einengung/Grübeln |
| 4. Befürchtungen: | <input type="checkbox"/> Phobie | <input type="checkbox"/> Hypochondrie |
| | <input type="checkbox"/> Zwänge | <input type="checkbox"/> Ängste |
| 5. Wahn: | <input type="checkbox"/> Wahnwahrnehmung | <input type="checkbox"/> Wahnstimmung |
| | <input type="checkbox"/> Wahnthema: _____ | |
| 6. Sinnestäuschungen: | <input type="checkbox"/> Illusionen | <input type="checkbox"/> Stimmenhören |
| | <input type="checkbox"/> andere akust. Halluzinationen | <input type="checkbox"/> and. Halluzinationen |
| 7. Ich-Störungen: | <input type="checkbox"/> Desrealisation | <input type="checkbox"/> Depersonalisation |
| | <input type="checkbox"/> Gedankenausbreitung/-entzug/-eingung | |
| | <input type="checkbox"/> Fremdbeeinflussungserleben | |
| 8. Affektivität: | <input type="checkbox"/> affektarm | <input type="checkbox"/> affektstarr |
| | <input type="checkbox"/> ambivalent | <input type="checkbox"/> depressiv |
| 9. Antrieb/Psychomotorik: | <input type="checkbox"/> antriebsarm/gehemmt | <input type="checkbox"/> antriebsgesteigert |
| | <input type="checkbox"/> motorisch unruhig | <input type="checkbox"/> logorrhöisch |
| 10. Zirkadiane Besonderheiten: | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | |
| 11. Verhalten: | <input type="checkbox"/> soziale Umtriebigkeit | <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug |
| | <input type="checkbox"/> Suizidalität | <input type="checkbox"/> Selbstbeschädigung |
| | <input type="checkbox"/> Aggressivität | |
| 12. Persönlichkeitszüge: | _____ | |

Körperlicher Befund (auch arbeitsmedizinisch relevante Faktoren und Behinderungen):

Ziele der vorgeschlagenen Rehabilitationsmaßnahme:

- Besserung der psychischen Behinderung/Vermeidung weiterer Chronifizierung
- Förderung sozialer Kompetenzen
- Arbeitstraining
- Schulungsfähigkeit für eine Berufsausbildung oder Umschulung
- Arbeitsfähigkeit
- Rückführung in den alten Beruf als: _____
- ja nicht möglich, weil _____

Einschätzung:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Motivation: | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> ausreichend |
| Leidensdruck: | <input type="checkbox"/> ausgeprägt | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> nicht erkennbar |
| Rehaprognose: | <input type="checkbox"/> günstig | <input type="checkbox"/> eher günstig | <input type="checkbox"/> unsicher |
| Internatsunterbringung erforderlich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Zusätzliche ergänzende Anmerkung:

Ort, Datum: _____

Stempel der Klinik / Praxis

Unterschrift: _____

Bitte fügen Sie uns bisherige Arztbriefe oder Entlassberichte in Kopie bei. Vielen Dank!