

LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe

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

LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe

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):

<input type="checkbox"/> Ambulante Psychiatrische Pflege	<input type="checkbox"/> Frequenz/Woche _____
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> Frequenz/Woche _____
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Frequenz/Woche _____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Frequenz/Woche _____

LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe

- | | | |
|--|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Soziotherapie | <input type="checkbox"/> Frequenz/Woche | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> 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 XII 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:
