

Name der Beratungsstelle/Einrichtung	
Anschrift	
Telefon (mit Durchwahl)	Telefax
E-Mail	

# Sozialbericht

## - Psychosoziale Grunddaten -

erstellt am
-------------

Versicherungsnummer der Rentenversicherung
--

Versicherten-Nummer der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
--------------------------------------	-----------------------

1 Alkohol     2 Medikamente     3 illegale Drogen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 1 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsname		Familienstand	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer		Aufenthaltsgenehmigung bis	
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (mit Vorwahl)	
derzeitiger Aufenthaltsort			
(erlernter) Beruf	zuletzt ausgeübte Tätigkeit	arbeitslos seit	nicht erwerbstätig seit

### Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in

Name	Erziehungsberechtigte/r	
	Betreuer/in	
Anschrift	Telefon (mit Vorwahl)	
Art des Betreuungsverhältnisses		
Betreuung eingeleitet am	durch	Aktenzeichen

### Behandelnde Ärzte

Name, Fachrichtung, Anschrift, Telefon (mit Vorwahl)

### 2 Kinder

Anzahl	Alter	davon im Haushalt lebend
--------	-------	--------------------------

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**3 Wohnsituation und finanzielle Verhältnisse**

(Ausfüllhinweis: Die Daten sind nur zu erheben, soweit sie für die Rehabilitation erforderlich sind)

**4 Vorbehandlung der Abhängigkeitserkrankung**

4.1	Entzugsbehandlungen				
	Gesamtzahl	letzte in (Einrichtung)	von	bis	
4.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation				reguläre Entlassung
	Gesamtzahl				ja
	davon in den letzten vier Jahren				nein
	in ambulanter Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	in ambulanter Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	in stationärer Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	in stationärer Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bemerkungen (z. B. zu einer durchgeführten Adaption)				

**5 Anamnese der Abhängigkeitserkrankung**

5.1	Suchtmittelanamnese		
	Suchtmittel	Beginn/Dauer	Dosis, Verlauf und Gewohnheiten
5.2	Körperliche und psychische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte (Krampfanfälle, Delir, Psychose, Suizidversuche u. a.)		
5.3	Von der Antragstellerin / dem Antragsteller beschriebene Verhaltens- und/oder Wesensveränderungen im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung		

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

5.4 Abstinenzphasen (Dauer, Bedingungen, Lebenssituation)

5.5 aktuell abstinent  ja  nein      abstinent seit

ggf. seit wann und mit welchem Mittel substituiert

**6 Sozialanamnese**

6.1 Elternhaus und persönliche Entwicklung

6.2 Soziales Umfeld und wichtige Bezugspersonen

6.3 Schulischer Werdegang, Arbeits- und Berufsanamnese (beruflicher Werdegang)

6.3.1 Schulbildung  
 letzter Schulabschluss (Art der Schule), Jahr      ohne Schulabschluss abgegangen im Jahr

6.3.2 Berufsausbildung (auch wenn kein Abschluss erworben wurde)

von	bis	Beruf	Abschluss
-----	-----	-------	-----------

Berufsausbildung nie angestrebt     Fachschulabschluss     Hochschulabschluss

6.3.3 Zeiten der Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit

von	bis	beschäftigt als	bei Arbeitgeber, Ort	arbeitslos
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

6.4 Mögliche Hinderungsgründe für Antritt und Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (z. B. Angaben über laufende Strafverfahren, Angaben zum voraussichtlichen Zeitpunkt für eine Zurückstellung, Angaben über Aussetzung oder Unterbrechung der Strafvollstreckung)

Name, Vorname	Geburtsdatum 
---------------	------------------

**7 Verlauf der bisherigen Vorbetreuung/Beratung**

7.1	Beginn der Vorbetreuung/Beratung im Vorfeld der beantragten Leistung zur medizinischen Rehabilitation am _____ Beratungsstelle/Einrichtung
7.2	Art und Umfang (Anzahl) der Einzelkontakte
7.3	Art und Umfang (Anzahl) der Gruppenkontakte
7.4	Einbindung der Familie und/oder sonstiger wichtiger Bezugspersonen (in welcher Form?)
7.5	Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und Häufigkeit der Teilnahme

**8 Behandlungsbereitschaft und individuelle Rehabilitationsziele**

8.1	Ist Behandlungsbereitschaft erkennbar und wodurch wird sie bestimmt (Eigen- und/oder Fremdmotivation)?
8.2	Welche persönlichen Rehabilitationsziele benennt die Antragstellerin / der Antragsteller?
8.3	Bei erneuter Entwöhnungsbehandlung: Hat sich zwischenzeitlich die Einstellung zum Suchtmittel geändert? Wenn ja, in welcher Weise?

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**9 Hinweise zur Leistungsform und zur Art der Rehabilitationseinrichtung**

9.1	Schwerpunktsetzung für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Beraterin / des Beraters (z. B. notwendige Behandlungsangebote, spezifische Einrichtungsmerkmale, Leistungsform)
9.2	Angaben zu weiteren voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen (z. B. andere Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Adaption, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Betreutes Wohnen, ambulante Psychotherapie)
9.3	Ggf. Wünsche der Antragstellerin / des Antragstellers zur Leistungsform und/oder zur Art der Rehabilitationseinrichtung und Begründung der Wünsche
9.4	Sind bei der Auswahl der Einrichtung persönliche, religiöse oder geschlechtsspezifische Besonderheiten zu beachten?

**10 Zusammenfassende Stellungnahme im Hinblick auf die beantragte Leistung**

Die Einverständniserklärung SB 2 der Antragstellerin / des Antragstellers zur Weiterleitung an den Leistungsträger und an die Entwöhnungseinrichtung liegt vor.

**11 Name und Beruf der/des Aufnehmenden**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift