

Name des Verfassers/ der Verfasserin und Anschrift der  
erstellenden Dienststelle/ Institution

Anschrift:

Dienststelle/ Institution:

Straße:

Postleitzahl/ Ort:

An den Kostenträger

Arzt/ Ärztin:

Tel.

Fax:

E-Mail:

**Der Arztbericht wurde erstellt am:**

## **Ärztlicher Bericht**

### **zur Einleitung von Maßnahmen/ Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII als Vorlage beim Sozialhilfeträger**

Die in diesem Ärztlichen Bericht erhobenen Daten sind ausschließlich zur Vorlage beim Sozialhilfeträger bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII.

Dieser Bericht bildet eine wesentliche Voraussetzung zur systematischen Entwicklung und Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung. Das Prinzip der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ist soweit wie möglich zu berücksichtigen. Auch ist der Grundsatz ambulant vor stationär zu beachten

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.

Anlagen:

Schweigepflichtentbindung (2-fach),  
Rechtliche Erläuterungen.

#### **1. Personalien des Betroffenen/ der Betroffenen:**

Name

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

#### **2. Behinderung gem. § 53 SGB XII i.V.m. § 2 SGB IX:**

**2.a) Liegt zum Zeitpunkt der Befunderhebung eine wesentliche Behinderung vor?**

(im Sinne von §53 SGB XII i.V.m. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, §§ 1-3 der Eingliederungshilfeverordnung (Verordnung gem. § 60 SGB XII; § 47 BSHG a.F.)<sup>1)</sup>)

- Nein,  
sondern es liegen vor
- sonstige Gründe (Erläuterung z.B. erzieherische Hilfen, Nachreifungsprozess etc.):
- Ja eine wesentliche Behinderung droht
- Ja, eine wesentliche Behinderung liegt bereits vor<sup>2)</sup>

**2.b) Besteht eine Erwerbsminderung (medizinische Indikation)?**

- Nein
- Ja (Bitte nachfolgende Fragen beantworten!)
- Dauernd  Vorübergehend

**2.c) Art der Behinderung:**

**Vorrangige Behinderung:**

- Seelische / Psychische Behinderung
- Suchterkrankung
- Seelische/ Psychische Behinderung  
und Suchterkrankung
- körperliche Behinderung
- Geistige Behinderung

**Zusätzliche Behinderung**

- Körperliche Behinderung
- Geistige Behinderung
- Lernbehinderung
- Seelische / Psychische Behinderung
- Suchterkrankung

ggf. Erläuterung:

**2.d) Hilfebedarfsbegründende Diagnosen nach ICD-10-Schlüssel<sup>3)</sup>:**

**2.e) Im Betreuungsalltag zu berücksichtigende somatische Erkrankungen, soweit bekannt<sup>4)</sup>:**

- Nicht bekannt.

## 2.f) Die Krankheit/ Behinderung ist die Folge<sup>5)</sup>

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> eines Unfalls (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft) | <input type="checkbox"/> eines Impfschadens                     |
| <input type="checkbox"/> einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung                     | <input type="checkbox"/> einer Gewalttat/Vertreibung/Verfolgung |
| <input type="checkbox"/> Entfällt/ Nicht bekannt.   |   |

## 3. Erforderlichkeit vorrangiger bzw. weiterer Leistungen:

### 3.a) Medizinisch/berufliche Rehabilitation<sup>6)</sup>

(z.B. RPK, Fachklinik, Entwöhnungstherapie, etc.)

ja, welche?

nein

### 3.b) Pflegerische Leistungen<sup>7)</sup>

ja, welche?

nein

### 3.c) Flankierende Leistungen<sup>8)</sup>

ja, welche?

nein

## 4. Ist eine geschlossene Unterbringung

genehmigt:  Ja (wenn bekannt, Aktenzeichen des Beschlusses und Dauer).

Nein

eingeleitet:  Ja

Nein

## 5. Weitere Anmerkungen<sup>9)</sup>: (z.B. zu den Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung, usw.)

---

Der Betroffene/ die Betroffene hat seinen behandelnden bzw. mit diesem ärztlichen Bericht beauftragten Arzt/ Ärztin von der Schweigepflicht entbunden und seine Einwilligung zur Übermittlung der ärztlichen Informationen an den Sozialhilfeträger erklärt (siehe beigefügte Anlage in zweifacher Ausfertigung), soweit sie für die Entscheidung über die Einleitung von Maßnahmen/ Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erforderlich sind. Insoweit besteht für Sie als Arzt/ Ärztin gem. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X die Verpflichtung, dem Sozialhilfeträger die entsprechenden Auskünfte in diesem ärztlichen Bericht zu erteilen. (Schweigepflichtentbindung liegt bei).

**Der Ärztliche Bericht wurde erstellt:**

- Berichtersteller ist behandelnder Arzt/Ärztin. Wenn ja, seit**
- Erstellt aufgrund eigener ärztlicher Untersuchung am**
- Erstellt aufgrund vorliegender Unterlagen/ vorliegender Arztbriefe/ oder sonstiger Erkenntnisse**
- Folgende Personen haben bei der Erstellung dieses Ärztlichen Berichts mitgewirkt:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Arztes/ Ärztin

## **Anlage**

### **Einwilligung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die in diesem ärztlichen Bericht erhobenen Daten dem Sozialhilfeträger die sozialhilferechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und zur Erstellung eines Gesamtplans nach § 58 SGB XII für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass der Sozialhilfeträger nach § 66 SGB I seine Leistungen bis zur Nachholung meiner Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung beispielsweise durch Verweigerung dieser Einwilligungserklärung nicht nachgewiesen sind.

Nach Maßgabe meiner Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts erkläre ich Folgendes:

Soweit zur Erstellung des ärztlichen Berichts / der ärztlichen Stellungnahme die Einholung von Informationen durch den ärztlichen Berichtersteller bei den von mir benannten dritten Personen und Stellen wie insbesondere weiteren behandelnden Ärzten oder Einrichtungen erforderlich ist, willige ich in die Erhebung und Mitteilung entsprechender Informationen ein. Ebenso erteile ich meine Einwilligung in die Übermittlung der zur Zweckerfüllung dieses ärztlichen Berichts erforderlichen Daten über meine Gesundheit an den Sozialhilfeträger.

Im oben genannten Umfang entbinde ich die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des / der Leistungsberechtigten

---

Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuer/in