

I Fachärztliche / sozialpsychiatrische Stellungnahme

(Grundlage für die Beratungen der Helfekonferenz und zur Vorlage beim Träger der Sozialhilfe)

Klient/in, Patient/in		
Name:	Geburtsdatum:	Straße:
Vorname:	Telefon:	PLZ: Ort:
ggf. gesetzliche(r) Betreuer(in)		
Name:	Straße:	Telefon:
Vorname:	PLZ: Ort:	
Wirkungskreise	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsorge
<input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Rechtsverkehr m. Inst./Beh.	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge
Vertrauensperson:		

1. Soziodemographische Daten

1.1 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	1.2 Alter in Jahren
1.3 Letzter Wohnort (außerhalb von Einrichtungen)	
1.4 Alter bei Ersterkrankung (sofern bekannt) Jahre	
1.5 Wie lange psychisch erkrankt? <input type="checkbox"/> unter 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 bis <5 Jahre <input type="checkbox"/> 5 - <10 Jahre <input type="checkbox"/> 10 und mehr Jahre <input type="checkbox"/> unbekannt	1.6 Jahre seit letztem psychiatrischen Klinikaufenthalt <input type="checkbox"/> noch nie <input type="checkbox"/> erstmaliger Klinikaufenthalt oder < 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 bis <5 Jahre <input type="checkbox"/> 5 - <10 Jahre <input type="checkbox"/> 10 und mehr Jahre <input type="checkbox"/> unbekannt

2. Krankengeschichte

2.1 Sozialanamnese / Vorgeschichte (familiärer, schulischer, beruflicher Werdegang / Umstände bei Krankheitsbeginn / derzeitige Situation / wichtige soziale Beziehungen / biografische Ereignisse der jüngsten Zeit)

2.2 Befund

Aktueller psychischer Befund

Ggf. körperliche Vorerkrankungen / Behinderungen

Diagnose

ICD 10 Codierung

(ggf. Anlagen)

2.3 Behandlungsverlauf / Compliance

(u. a. Umgang des/der Patienten/in mit seiner/ihrer Erkrankung)

2.4 Derzeitige Medikation

2.5 Bisher in der Krankheitsbewältigung wirksame bzw. stabilisierende Faktoren

2.6 Bisherige Erfahrungen mit stationären / teilstationären / ambulanten Maßnahmen / Kontakt zum SPDi

2.7 Art, Ausmaß und Auswirkung der Behinderung / aktuelle Problemlage

(worin zeigt sich die Behinderung derzeit am deutlichsten? Schwerpunkt? z. B. Bereiche Selbstversorgung, Wohnen / Arbeit, Ausbildung, Tagesstruktur / Soziale Kontakte / Krankheitsbewältigung / Sucht)

3.Vorschläge

3.1 Besondere Fähigkeiten / Stärken / Neigungen / Interessen

3.2 Unterstützungspotenziale im Umfeld
(Familie/Nachbarn/Freunde/nicht-psychiatrische Hilfen)

3.3 Welche Eingliederungshilfemaßnahme wird vorgeschlagen?

3.4 Welche Ziele werden in folgenden Bereichen angestrebt (auch zur Erhaltung vorhandener Fähigkeiten)?

- Selbstversorgung, Wohnen, Haushaltsführung, Ernährung, Körperpflege, Geldeinteilung, etc.

- Arbeit, Ausbildung, Tagesstruktur (Durchhaltevermögen, Konzentration, Mobilität etc.)

- Soziale Kontakte, Freizeit (Kommunikation, Konfliktfähigkeit, körperliche Aktivitäten, Kreativität etc.)

- Krankheitsbewältigung (Inanspruchnahme von Hilfen)

- Sucht (Umgang mit Suchtstoffen, Auswirkungen im Alltag etc.)

3.5 Fähigkeitsveränderungen voraussichtlich erreichbar nach

1/4 Jahr	1/2 Jahr	3/4 Jahr	1 Jahr	2 Jahre	>2 Jahre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Feststellungen (i.S. der §§ 53, 54 SGB XII)

3.6 Es handelt sich um eine (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung
Im Vordergrund steht die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Person ist infolge ihrer seelischen Störung in ihrer Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfange beeinträchtigt, weil			
eine	<input type="checkbox"/> körperlich nicht begründbare Psychose		
	<input type="checkbox"/> seelische Störung als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Behinderungen		
	<input type="checkbox"/> Suchtkrankheit		
	<input type="checkbox"/> Neurose		
	<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung		
	vorliegt.		
Die Behinderung ist	<input type="checkbox"/> von Dauer (länger als 6 Monate)		
	<input type="checkbox"/> nur vorübergehend (weniger als 6 Monate)		
Die Behinderung	<input type="checkbox"/> ist wesentlich		
	<input type="checkbox"/> droht		
Es besteht begründete Aussicht, dass	<input type="checkbox"/> die drohende Behinderung verhütet werden kann		
	<input type="checkbox"/> die vorhandene Behinderung beseitigt / gemildert werden kann		
	<input type="checkbox"/> die Folgen der Behinderung beseitigt / gemildert werden können		

Ort

Datum

Stempel/Unterschrift der Ärztin / des Arztes