

## 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!