

# ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME

## Im Rahmen von Eingliederungshilfeleistungen nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) für Erwachsene

### Auftrag/Fragestellung:

Um über einen Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem SGB IX zu entscheiden, benötigen wir Angaben zu bestehenden Diagnosen sowie eine aussagekräftige medizinische Einschätzung, inwieweit diese im Alltag zu Einschränkungen führen.

### Angaben zum Leistungsberechtigten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Wohnanschrift:

Gesetzliche Vertretung:            nein            ja

Name, Vorname:

### Ärztliche Stellungnahme erfolgt durch:

Name des Arztes/der Ärztin:

Fachrichtung:

Gesundheitsamt:            nein            ja

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

Telefonnummer:

erstellt aufgrund eigener ärztlicher Untersuchung am:

und/oder

erstellt aufgrund folgender Unterlagen

Erstbegutachtung

Nachbegutachtung

## Angaben zu Diagnosen/Beeinträchtigungen/Behinderungen

Medizinische Diagnose/n nach ICD 10/DSM IV (Reihung nach Bedeutung)

Diagnosen

Nr. nach ICD 10

### Art der Behinderung:

vorhandene Behinderung

körperlich      seelisch  
geistig          Sinnesbehinderung  
Chronisch psych. krank  
Abhängigkeit/Suchterkrankung

drohende Behinderung/en

körperlich      seelisch  
geistig          Sinnesbehinderung  
Chronisch psych. krank  
Abhängigkeit/Suchterkrankung

Grad der Behinderung:

Merkzeichen:

Eine wesentliche/drohende wesentliche Bedrohung wurde festgestellt:      ja              nein

Begründung:

### Derzeitige bzw. neu verordnete Therapien/durchgeführte bzw. geplante Maßnahmen:

Physiotherapie      seit:                      neu verordnet

Logopädie            seit:                      neu verordnet

Ergotherapie        seit:                      neu verordnet

stationäre Rehabilitationsmaßnahmen:      von:                      bis:                      geplant

Sonstige:

### Beantragte bzw. vorhandene Hilfsmittel:

**Kurze Schilderung des Krankheitsverlaufs/der Beeinträchtigungen/einer Behinderung, den Behandlungszeitraum sowie ggf. Angaben zu Ursache und Beginn:**

**Wie wirken sich die organisch-funktionellen Störungen/Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen aus medizinischer Sicht aus und inwieweit führen diese zu Nachteilen im Alltag und zu Teilhabe Einschränkungen? Orientieren Sie sich dabei möglichst an den Bereichen nach dem ICF.**

(Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste Wahrnehmung, Sprache erwerben, Aufmerksamkeit), Bewältigung von allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgaben übernehmen, Verhalten steuern), Kommunikation (z.B. Mitteilungen verstehen/produzieren, Dialog mit anderen), Mobilität (z.B. Körperpositionen, Fein- und Grobmotorik, Fortbewegung), Selbstversorgung (z.B. Hygiene, Nahrungsaufnahme), interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Familie, Gleichaltrige, Formelle Beziehungen), bedeutende Lebensbereiche (z.B. gezieltes aktives Spiel allein/mit anderen))

**Ist der Leistungsberechtigte aufgrund seiner Behinderung in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen?**

ja                      nein

**Welche Maßnahmen sind aus medizinischer Sicht erforderlich:**

Vorstellung bei einem Psychotherapeuten/Psychologen

Weiterführende medizinische Diagnostik

Therapien:

Beratung:

Sonstiges:

**Welche Ziele können aus ärztlicher Sicht mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe erreicht werden?**

Eine Nachbegutachtung im Hinblick auf einen möglichen Hilfebedarf ist empfehlenswert

nein                      ja, in ca.                      Monaten

**Weitere Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel