

# I Fachärztliche / sozialpsychiatrische Stellungnahme

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

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

## 1. Soziodemographische Daten

<b>1.1 Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<b>1.2 Alter in Jahren</b>
<b>1.3 Letzter Wohnort</b> (außerhalb von Einrichtungen)	
<b>1.4 Alter bei Ersterkrankung</b> (sofern bekannt) <b>Jahre</b>	
<b>1.5 Wie lange psychisch erkrankt?</b> <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	<b>1.6 Jahre seit letztem psychiatrischen Klinikaufenthalt</b> <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

<b>2.1 Sozialanamnese / Vorgeschichte</b> (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"/>					

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

<b>3.6 Es handelt sich um eine</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung
<b>Im Vordergrund steht die</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Die Person ist infolge ihrer seelischen Störung in ihrer Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfange beeinträchtigt, weil</b>			
<b>eine</b>	<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.		
<b>Die Behinderung ist</b>	<input type="checkbox"/> von Dauer (länger als 6 Monate)		
	<input type="checkbox"/> nur vorübergehend (weniger als 6 Monate)		
<b>Die Behinderung</b>	<input type="checkbox"/> ist wesentlich		
	<input type="checkbox"/> droht		
<b>Es besteht begründete Aussicht, dass</b>	<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