

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Sozialbericht erstellt am

oder

Versicherten-Nummer der Krankenkasse

Name der Krankenkasse

## Sozialbericht - Psychosoziale Grunddaten -

# G0450

Name der Beratungsstelle / Einrichtung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon (mit Durchwahl)

Telefax

E-Mail

1 Alkohol

2 Medikamente

3 illegale Drogen



Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 1 Angaben zur Person

Name

Vorname (Rufname)

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort (Kreis, Land)

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort

Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

derzeitiger Aufenthaltsort

Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis liegt vor. Eine Kopie ist beigelegt.

(erlernter) Beruf

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

arbeitslos seit

nicht erwerbstätig seit



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR	Versicherten-Nummer der Krankenkasse

oder

### Sozialbericht

Name, Vorname	Geburtsdatum

### Erziehungsberechtigte / Erziehungsberechtigter, Betreuerin / Betreuer

Name, Vorname / Dienststelle		
in der Eigenschaft als		
<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte / Erziehungsberechtigter	<input type="checkbox"/> Betreuerin / Betreuer	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Ort	
Art des Betreuungsverhältnisses		
Betreuung eingeleitet am	durch	Aktenzeichen

### Behandelnde Ärzte

Name		Vorname
Straße, Hausnummer		Telefon (mit Vorwahl)
Postleitzahl	Ort	
Fachrichtung		
Name		Vorname
Straße, Hausnummer		Telefon (mit Vorwahl)
Postleitzahl	Ort	
Fachrichtung		
Name		Vorname
Straße, Hausnummer		Telefon (mit Vorwahl)
Postleitzahl	Ort	
Fachrichtung		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR	Versicherten-Nummer der Krankenkasse

**oder**

### Sozialbericht

Name, Vorname	Geburtsdatum

### 2 Angaben zu Kindern

Anzahl	Alter	davon im Haushalt lebend

### 3 Wohnsituation und finanzielle Verhältnisse

(Ausfüllhinweis: Die Daten sind nur zu erheben, soweit sie für die Rehabilitation erforderlich sind)

### 4 Vorbehandlung der Abhängigkeitserkrankung

<b>4.1 Entzugsbehandlungen</b>			
Gesamtzahl	letzte in (Einrichtung)	von	bis
<b>4.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b>			
Gesamtzahl	davon in den letzten 4 Jahren		
in ambulanter Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	reguläre Entlassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
in ambulanter Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	reguläre Entlassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
in stationärer Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	reguläre Entlassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
in stationärer Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	reguläre Entlassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bemerkungen (zum Beispiel zu einer durchgeführten Adaption)			



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR	Versicherten-Nummer der Krankenkasse

**oder**

**Sozialbericht**

Name, Vorname	Geburtsdatum

**5 Anamnese der Abhängigkeitserkrankung**

<b>5.1 Suchtmittelanamnese</b>		
Suchtmittel	Beginn / Dauer	Dosis, Verlauf und Gewohnheiten
Suchtmittel	Beginn / Dauer	Dosis, Verlauf und Gewohnheiten
Suchtmittel	Beginn / Dauer	Dosis, Verlauf und Gewohnheiten
Suchtmittel	Beginn / Dauer	Dosis, Verlauf und Gewohnheiten
<b>5.2 Körperliche und psychische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte (Krampfanfälle, Delir, Psychose, Suizidversuche und andere)</b>		
<b>5.3 Von der Antragstellerin / dem Antragsteller beschriebene Verhaltensveränderungen und / oder Wesensveränderungen im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung</b>		
<b>5.4 Abstinenzphasen (Dauer, Bedingungen, Lebenssituation)</b>		
<b>5.5 aktuell abstinent</b>		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	abstinent seit
gegebenenfalls seit wann und mit welchem Mittel substituiert		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR	Versicherten-Nummer der Krankenkasse

**oder**

### Sozialbericht

Name, Vorname	Geburtsdatum

## 6 Sozialanamnese

<b>6.1 Elternhaus und persönliche Entwicklung</b>				
<b>6.2 Soziales Umfeld und wichtige Bezugspersonen</b>				
<b>6.3 Schulischer Werdegang, Arbeitsanamnese und Berufsanamnese (beruflicher Werdegang)</b>				
<b>6.3.1 Schulbildung</b>				
letzter Schulabschluss (Art der Schule), Jahr				ohne Schulabschluss abgegangen im Jahr
<b>6.3.2 Berufsausbildung (auch wenn kein Abschluss erworben wurde)</b>				
von	bis	Beruf	Abschluss	
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung nie angestrebt <input type="checkbox"/> Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss				
<b>6.3.3 Zeiten der Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit</b>				
von	bis	beschäftigt als	bei Arbeitgeber, Ort	<input type="checkbox"/> arbeitslos
von	bis	beschäftigt als	bei Arbeitgeber, Ort	<input type="checkbox"/> arbeitslos
von	bis	beschäftigt als	bei Arbeitgeber, Ort	<input type="checkbox"/> arbeitslos
von	bis	beschäftigt als	bei Arbeitgeber, Ort	<input type="checkbox"/> arbeitslos
von	bis	beschäftigt als	bei Arbeitgeber, Ort	<input type="checkbox"/> arbeitslos
<b>6.4 Mögliche Hinderungsgründe für Antritt und Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (zum Beispiel Angaben über laufende Strafverfahren, Angaben zum voraussichtlichen Zeitpunkt für eine Zurückstellung, Angaben über Aussetzung oder Unterbrechung der Strafvollstreckung)</b>				



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR	Versicherten-Nummer der Krankenkasse

**oder**

### Sozialbericht

Name, Vorname	Geburtsdatum

### 7 Verlauf der bisherigen Vorbetreuung / Beratung

<b>7.1</b>	Beginn der Vorbetreuung / Beratung im Vorfeld der beantragten Leistung zur medizinischen Rehabilitation am	Beratungsstelle / Einrichtung
<b>7.2</b>	Art und Umfang (Anzahl) der Einzelkontakte	
<b>7.3</b>	Art und Umfang (Anzahl) der Gruppenkontakte	
<b>7.4</b>	Einbindung der Familie und / oder sonstiger wichtiger Bezugspersonen (in welcher Form?)	
<b>7.5</b>	Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und Häufigkeit der Teilnahme	

### 8 Behandlungsbereitschaft und individuelle Rehabilitationsziele

<b>8.1</b>	Ist Behandlungsbereitschaft erkennbar und wodurch wird sie bestimmt (Eigenmotivation und / oder Fremdmotivation)?



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR	Versicherten-Nummer der Krankenkasse

**oder**

### Sozialbericht

Name, Vorname	Geburtsdatum

**8.2** Welche persönlichen Rehabilitationsziele benennt die Antragstellerin / der Antragsteller?

  
  
  
  
  

**8.3** Bei erneuter Entwöhnungsbehandlung: Hat sich zwischenzeitlich die Einstellung zum Suchtmittel geändert? Wenn ja, in welcher Weise?

  
  
  
  
  

### 9 Hinweise zur Leistungsform und zur Art der Rehabilitationseinrichtung

**9.1** Schwerpunktsetzung für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Beraterin / des Beraters (zum Beispiel notwendige Behandlungsangebote, spezifische Einrichtungsmerkmale, Leistungsform)

  
  
  
  
  

**9.2** Angaben zu weiteren voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen (zum Beispiel andere Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Adaption, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Betreutes Wohnen, ambulante Psychotherapie)

  
  
  
  
  

**9.3** Gegebenenfalls Wünsche der Antragstellerin / des Antragstellers zur Leistungsform und / oder zur Art der Rehabilitationseinrichtung und Begründung der Wünsche

  
  
  
  
  

**9.4** Sind bei der Auswahl der Einrichtung persönliche, religiöse oder geschlechtsspezifische Besonderheiten zu beachten?

  
  
  
  
  


Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR	Versicherten-Nummer der Krankenkasse

**oder**

### Sozialbericht

Name, Vorname	Geburtsdatum

### 10 Zusammenfassende Stellungnahme im Hinblick auf die beantragte Leistung

Das Formular G0452 - Einwilligungserklärung zum Sozialbericht der Antragstellerin / des Antragstellers zur Weiterleitung an den Leistungsträger und an die Entwöhnungseinrichtung liegt vor.

### 11 Name und Beruf der / des Aufnehmenden

Name
Beruf

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

