

B MEDIZINISCHE STELLUNGNAHME

An den Leistungsträger: Wählen Sie ein Element aus.

Ermittlung des individuellen Bedarfes für Leistungen der Teilhabe in Bayern

Medizinische Stellungnahme

zum Vorliegen von körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen
und damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Körperfunktionen

Verfasst von:

Dienststelle/Institution: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Wohnort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Straße, Haus-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Arzt / Ärztin: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Fachrichtung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Fax: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail-Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Der Arztbericht wurde erstellt am tt.mm.jjjj

Die in dieser Medizinischen Stellungnahme erhobenen Daten dienen ausschließlich der rechtlichen und fachlichen Bedarfsermittlung des individuellen Hilfebedarfs:

- nach Maßgabe der §§ 53 und 142 SGB XII (in der ab 01.01.2018 bis 31.12.2019 geltenden Fassung) i.V.m. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und
- entsprechend den ab 01.01.2020 geltenden gesetzlichen Bestimmungen des § 118 SGB IX i.V.m. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Stellungnahme ist wesentlicher Bestandteil einer personenzentrierten Bedarfserhebung und stellt eine grundlegende Voraussetzung für eine kooperative und systematische Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung dar. Die antragstellende Person erhält eine Ausfertigung dieses Berichts.

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.

Anlagen:

Schweigepflichtentbindung (2-fach)

Rechtliche Erläuterungen

Erläuterungen zur DSGVO

B.1 Personalien des Patienten / der Patientin:

Name, Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
PLZ, Wohnort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Straße, Haus-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Geburtsdatum: tt.mm.jjjj

B.2 Relevante Diagnose(n) nach ICD-10 (Pflichtfeld)

Geben Sie hier die ICD-10 Diagnose(n) ein.

B.2.1 Diagnosebegründende Befunde (Pflichtfeld)

(z. B. Fachärztl. Gutachten, Entlassungsberichte medizinischer Einrichtungen, SPZ/MZEB; IQ Testungen mit Ergebnis usw.)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.3 ICF-basierte Beschreibung der Einschränkungen der Körperfunktionen

(physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich psychologischer Funktionen)

Hinweis:

Bitte bearbeiten Sie die Tabellen nur, wenn Beeinträchtigungen vorliegen. Eine Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen auf Ebene der Items ist nur notwendig, soweit konkret zutreffend. Wählen Sie in der mittleren Spalte aus, ob die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig sind. Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung kurz in der Tabelle.

B.3.1 Liegen Beeinträchtigungen mentaler Funktionen nach Kapitel 1 der Körperfunktionen der ICF vor?

Ja Nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

1. Mentale Funktionen		
Globale mentale Funktionen (b110 – b139)		
b110 Funktionen des Bewusstseins	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b114 Funktionen der Orientierung	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b117 Funktionen der Intelligenz	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b122 Globale psychosoziale Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b134 Funktionen des Schlafes	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Spezifische mentale Funktionen (b140 – b189)		
b140 Funktionen der Aufmerksamkeit	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b144 Funktionen des Gedächtnisses	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

b147 Psychomotorische Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b152 Emotionale Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b156 Funktionen der Wahrnehmung	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b160 Funktionen des Denkens	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b164 Höhere kognitive Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b172 Das Rechnen betreffende Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b189 Spezielle mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.3.2 Liegen Beeinträchtigungen von Sinnesfunktionen und Schmerz nach Kap. 2 der Körperfunktionen der ICF vor?

Ja Nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

2.Sinnesfunktionen und Schmerz		
Seh- und verwandte Funktionen (b210-b229)		
b210 Funktionen des Sehens (Sehsinn)	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b215 Funktionen von Strukturen, die in Verbindung mit dem Auge stehen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b220 Mit dem Auge und angrenzenden Strukturen verbundene	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b229 Seh- und verwandte Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Hör- und Vestibularfunktionen (b230-b249)		
b230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b235 Vestibuläre Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b240 Mit dem Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b249 Hör- und Vestibularfunktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Weitere Sinnesfunktionen (b250-b279)		
b250 Funktionen des Schmeckens (Geschmackssinn)	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b255 Funktionen des Riechens	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b260 Die Proprioception betreffende Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b265 Funktionen des Tastens (Tastsinn)	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b279 Weitere Sinnesfunktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Schmerz (b280-b299)		
b280 Schmerz	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b289 Schmerz, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b298 Sinnesfunktionen und Schmerz, anders spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b299 Sinnesfunktionen und Schmerz, nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.3.3 Liegen Beeinträchtigungen der Stimm- und Sprechfunktionen nach Kap. 3 der Körperfunktionen der ICF vor?

Ja Nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

3. Stimm- und Sprechfunktionen		
b310 Funktionen der Stimme	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b320 Artikulationsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b340 Alternative stimmliche Äußerungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b398 Stimm- und Sprechfunktionen, anders spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b399 Stimm- und Sprechfunktionen, nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.3.4 Liegen Beeinträchtigungen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems (bei Kindern und Jugendlichen einschließlich Entwicklungsverzögerungen) nach Kap. 4 der Körperfunktionen der ICF (bei Kindern und Jugendlichen: ICF-CY) vor?

Ja Nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems		
Funktionen des kardiovaskulären Systems (b410-b429)		
b410 Herzfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b415 Blutgefäßfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b420 Blutdruckfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b429 Funktionen des kardiovaskulären Systems, anders spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems (b430-439)		
b430 Funktionen des hämatologischen Systems	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

b435 Funktionen des Immunsystems	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b439 Funktionen des hämatologischen und Immunsystems, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Funktionen des Atmungssystems (b440-449)		
b440 Atmungsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b445 Funktionen der Atemmuskulatur	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b449 Funktionen des Atmungssystems, anders spezifiziert oder	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Weitere Funktionen und Empfindungen, die das kardiovaskuläre und Atmungssystem betreffen (b450-b469)		
b450 Weitere Atmungsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b460 Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b469 Weitere Funktionen und Empfindungen des kardiovaskulären und Atmungssystem anders spezifiziert oder nicht	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b498 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems anders spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b499 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.3.5 Liegen Beeinträchtigungen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems nach Kap. 5 der Körperfunktionen der ICF vor?

Ja Nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems		
Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem (b510-b539)		
b510 Funktionen der Nahrungsaufnahme	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b515 Verdauungsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b520 Funktionen der Nahrungsmittelassimilation	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b525 Defäkationsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b530 Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b535 Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b539 Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System (b540-b559)		
b540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b545 Funktionen des Wasser-, Mineral- und Elektrolythaushalts	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b550 Funktionen der Wärmeregulation	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b555 Funktionen der endokrinen Drüsen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b569 Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b598 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, anders spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b599 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.3.6 Liegen Beeinträchtigungen des Urogenital- und reproduktiven Systems nach Kap. 6 der Körperfunktionen der ICF vor?

Ja Nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems		
Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung (b610-b639)		
b610 Harnbildungsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b620 Miktionsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b630 Mit der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b639 Funktionen der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Genital- und reproduktive Funktionen (b640-b679)		
b640 Sexuelle Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b650 Menstruationsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b660 Fortpflanzungsfunktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b670 Mit dem Genital- und reproduktiven Funktionen verbundene Empfindungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b679 Genital- und reproduktive Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b698 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, anders spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b699 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.3.7 Liegen Beeinträchtigungen der neuromuskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Funktionen nach Kap. 2 der Körperfunktionen der ICF vor?

Ja Nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen		
Funktionen der Gelenke und Knochen (b710-b729)		
b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit Gelenkbeweglichkeit	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b715 Funktionen der Gelenkstabilität	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b720 Funktionen der Beweglichkeit der Knochen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b729 Funktionen der Gelenke und Knochen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Funktionen der Muskeln (b730-b749)		
b730 Funktionen der Muskelkraft	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b735 Funktionen des Muskeltonus	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b740 Funktionen der Muskelausdauer	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b749 Funktionen der Muskeln, anders spezifiziert oder	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Funktionen der Bewegung (b750-b789)		
b750 Funktionen der motorischen Reflexe	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b755 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b765 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung im Zusammenhang stehende Empfindungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b789 Funktionen der Bewegung, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b798 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, anders spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.3.8 Liegen Beeinträchtigungen der Haut und der Hautanhangsgebilde nach Kap. 8 der Körperfunktionen der ICF vor?

Ja Nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde		
Funktionen der Haut (b810-b849)		
b810 Schutzfunktionen der Haut	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b820 Heilfunktionen der Haut	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b830 Andere Funktionen der Haut	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b840 Auf die Haut bezogenen Empfindungen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b849 Funktionen der Haut, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Funktionen des Haars und der Nägel (b850-869)		
b850 Funktionen des Haars	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b860 Funktionen der Nägel	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b869 Funktionen des Haars und der Nägel, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b898 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, anders spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b899 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, nicht spezifiziert spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.4 Bei der begutachteten Person liegen zum Zeitpunkt der Befunderhebung

- körperliche, Folgen einer Suchterkrankung,
 seelische, Sinnesbeeinträchtigungen
 geistige,

Beeinträchtigungen oder

vor, die nach der Einschätzung des/der Unterzeichnenden sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

- keine Beeinträchtigungen

Erläuterung:

Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Ist die begutachtete Person deshalb aus Ihrer Sicht als Mensch mit Behinderung an der Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft wesentlich eingeschränkt?

(§ 2 Abs. 1 SGB IX, i.V.m. § 53 SGB XII und §§ 1-3 der Eingliederungshilfeverordnung; Verordnung gem. § 60 SGB XII)

- Nein
 Ja, eine Behinderung liegt bereits vor
 Nein, aber eine Behinderung droht
(Menschen sind von einer Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung im o.g. Sinne zu erwarten ist.)
 kann nicht abschließend beurteilt werden.

B.5 Liegen medizinische Gründe für eine Erwerbsminderung vor?

- Ja (Bitte nachfolgende Fragen beantworten) Nein
 Dauernd
 Vorübergehend

Erläuterung

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.6 Sollte aufgrund der unter Nr. 3 beschriebenen Beeinträchtigungen die Notwendigkeit von Pflegeleistungen geprüft werden?

- Ja Nein

Sind Pflegerische Leistungen bereits anerkannt?

- Ja Nein

Bekannter Pflegegrad? Wählen Sie ein Element aus.

Zu berücksichtigende Besonderheiten (z .B. Kranken- und Behandlungspflege):

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.7 Die Behinderung(en) ist/sind die Folge

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eines Unfalls (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft) | <input type="checkbox"/> eines Impfschadens |
| <input type="checkbox"/> einer Gewalttat/ Vertreibung/ Verfolgung | <input type="checkbox"/> einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung |
| <input type="checkbox"/> Entfällt/ Nicht bekannt. | <input type="checkbox"/> eines Geburtsschaden (aufgrund Verschuldens Dritter, Behandlungsfehler) |

B.8 Liegt ein Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB vor?

- Nein
- Ja, eingeleitet
Wenn bekannt, Datum und zuständiges Betreuungsgericht benennen:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
- Ja, genehmigt
Wenn bekannt, Aktenzeichen des Beschlusses und Dauer benennen:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B.9 Weitere Anmerkungen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Die betroffene Person hat den behandelnden bzw. mit dieser medizinischen Stellungnahme beauftragten Arzt/ Ärztin von der Schweigepflicht entbunden und ihre Einwilligung zur Übermittlung der ärztlichen Informationen an den Sozialhilfeträger erklärt (siehe beigefügte Anlage in zweifacher Ausfertigung), soweit sie für die Entscheidung über die Einleitung von Leistungen / Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erforderlich sind. Insoweit besteht für Sie als Arzt/ Ärztin gem. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X die Verpflichtung, dem Sozialhilfeträger die entsprechenden Auskünfte in dieser medizinischen Stellungnahme zu erteilen. (Schweigepflichtentbindung liegt bei).

Die Medizinische Stellungnahme wurde erstellt:

- Berichtersteller ist behandelnder Arzt/Ärztin. Wenn ja, seit
- Erstellt aufgrund eigener ärztlicher Untersuchung am
- Erstellt aufgrund vorliegender Unterlagen/ vorliegender Arztbriefe/ oder sonstiger Erkenntnisse
- Folgende Personen haben bei der Erstellung dieser Medizinischen Stellungnahme mitgewirkt:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Arztes/ Ärztin

Anlage zur Medizinischen Stellungnahme zur Einleitung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch als Vorlage beim Sozialhilfeträger

Einwilligung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die in dieser Medizinischen Stellungnahme erhobenen Daten dem Sozialhilfeträger die sozialhilferechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und zur Erstellung eines Gesamtplans nach § 58 SGB XII für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass der Sozialhilfeträger nach § 66 SGB I seine Leistungen bis zur Nachholung meiner Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung beispielsweise durch Verweigerung dieser Einwilligungserklärung nicht nachgewiesen sind.

Nach Maßgabe meiner Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts erkläre ich Folgendes:

Soweit zur Erstellung der medizinischen Stellungnahme die Einholung von Informationen durch den ärztlichen Berichtersteller bei den von mir benannten dritten Personen und Stellen wie insbesondere weiteren behandelnden Ärzten oder Einrichtungen erforderlich ist, willige ich in die Erhebung und Mitteilung entsprechender Informationen ein. Ebenso erteile ich meine Einwilligung in die Übermittlung der zur Zweckerfüllung dieser medizinischen Stellungnahme erforderlichen Daten über meine Gesundheit an den Sozialhilfeträger.

Im oben genannten Umfang entbinde ich die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person

Unterschrift des/ der gesetzlichen Betreuer/in