

Rentenversicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

oder

Krankenversicherungsnummer

MSAT / MSNR

--

Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein

Antrag auf eine Suchtachsorgeleistung

G0400

Name und Anschrift des Rehabilitationsträgers

Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung

Angaben zur Person

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

Beginn der Entwöhnungsbehandlung
Voraussichtliches Ende der Entwöhnungsbehandlung
Vorgeschlagene Nachsorgeeinrichtung
Name
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Der zuständige Rehabilitationsträger informiert Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet auf der Seite Ihres Rehabilitationsträgers unter dem Stichwort: Datenschutz. Auf Wunsch werden Ihnen diese Informationen auch postalisch zugesendet. Bitte wenden Sie sich dazu an Ihren Rehabilitationsträger.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Datum, Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung



Rentenversicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Krankenversicherungsnummer

oder

MSAT / MSNR

Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein

Name, Vorname

Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung

1. Ist die Versicherte / der Versicherte arbeitsfähig?

nein ja

Falls nein, bitte Begründung und Angabe der voraussichtlichen Dauer.

2. Diagnosen nach ICD

3. Voraussichtliches Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt:

6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

4. Begründung der beantragten Leistung (4.1 bisheriger Verlauf, 4.2 psychosoziale Situation - inklusive Wohnungssituation und Arbeitssituation, 4.3 Rückfallgefahr, 4.4 Ziele der geplanten Maßnahme, 4.5 psychischer Befund)

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ich habe die Inhalte zu Ziffer 1 - 4 zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



