|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachärztliche Stellungnahme**  **zur Hilfeplanung** | | **G** |
| **ÄRZTIN / ARZT** | Patientinnen- bzw.  Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR) | Datum: |
|  | | |
| **Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gliederung in Abschnitte** | | **Stichworte, zu denen relevante Aussagen gemacht werden müssen** |
| 1 | Zusammenfassung der  Lebensgeschichte | Entwicklung in Kindheit und Jugend, Bildungs- und Berufsweg, wichtige soziale Beziehungen, Bestreitung des Lebensunterhaltes |
|  |  |  |
| 2 | Zusammenfassung des  Behandlungsverlaufs | Umstände bei Beginn der Erkrankung, Verlauf der bisherigen Therapie und Rehabilitation (auch aus der Sicht der Patientin bzw des Patienten) |
|  |  |  |
| 3 | Zusammenfassung des  Befundes | psychische Symptome, somatische Erkrankungen, Minderungen der Fähigkeit zu eigenständiger Lebens­gestaltung und sozialer Teilhabe |
|  |  |  |
| 4 | Diagnosen nach ICD-10  (vierstellig, d.h Fxx.x) | psychiatrische Erstdiagnose, ggf. auch Zweitdiagnose und somatische Diagnosen (Klartext und ICD-10-Kategorie) |
|  |  |  |
| 5 | erforderliche Hilfen | Ziel, Zeitrahmen und Art der erforderlichen Therapie / Rehabilitation (auch somat. med.), ggf. Notwendigkeit stationärer Hilfen begründen |
|  |  |  |
|  | Name und **Unterschrift** der Fachärztin bzw. des Facharztes |  |