Rentenversicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)		Krankenversichertennummer
		oder	

MSAT / MSNR

Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein

Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung

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

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Datum, Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung

G0400-00 DRV
V005 - AGDR 01/2015 - Stand: 24.03.2015

Rentenversicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)		Krankenversichertennummer
		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

G0400-00 DRV
V005 - AGDR 01/2015 - Stand: 24.03.2015