|  |
| --- |
| **Beiblatt zum Arztbericht Sucht vom** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Empfänger: | |  | | |
|  | |  | | |
| Versicherter: | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 1. | 1. Liegt eine Drogen-, Alkohol- oder Medikamentensucht vor?      1. Seit wann und welche?      1. Dauert ein Suchtmittelkonsum an. Welcher? | | | |
|  |  | | | |
| 2. | 1. Liegt unabhängig von der Sucht ein schweres psychisches Leiden vor?  * Wenn ja, welches?  1. Beeinträchtigt dieses unabhängig von der Sucht die Arbeitsfähigkeit?  * In welcher Art und Weise? * In welchem Ausmass?  1. Seit wann ist das Leiden bekannt? 2. Steht die versicherte Person in ärztlicher Behandlung?  * seit wann? * weshalb? * welche therapeutischen Massnahmen wurden durchgeführt? | | | |
|  |  | | | |
| 3. | 1. Durch wen ist die versicherte Person in die suchttherapeutische Institution eingewiesen worden?      1. Aufenthalt daselbst vom       bis | | | |
|  |  | | | |
| 4. | Ist die gegenwärtige therapeutische Massnahme geeignet, die berufliche Reintegration sicherzustellen? | | | |
|  |  | | | |
| 5. | Ist die bzw. der Versicherte jemals erwerbstätig gewesen?  Wenn ja: Grund der Erwerbsaufgabe. | | | |
|  |  | | | |
| 6. | 1. Bestehen andere, allenfalls suchtbedingte irreversible Gesundheitsschäden, welche die Arbeitsfähigkeit der bzw. des Versicherten gegenwärtig einschränken?   Welche?   1. Umfang der Beeinträchtigung unabhängig von der Sucht. | | | |
|  |  | | | |
| 7. | Bemerkungen: | | | |
|  |  | | | |
|  | | | |  |
| **Datum** | | | **Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin** | |