|  |
| --- |
| **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** |