

Überleitungsbogen mit Angaben zu erwerbsbezogenen Ressourcen und Unterstützungsbedarfen am Ende der medizinischen Reha für:

| | |
|--|---|
| Einrichtung Ansprechpartner:in Telefon Fax Email | Fachklinik Release - Adaption 02381 / 68041 02381 / 32491 adaption@netzwerk-suchthilfe.org |
|--|---|

| | |
|---|---|
| Persönliche Daten des Klienten | |
| Name, Vorname | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Geburtsdatum, -ort | |
| Derzeitiger Erwerbsstatus: | |
| <input type="checkbox"/> In Arbeit | <input type="checkbox"/> Bezug von Kranken-/Übergangsgeld |
| <input type="checkbox"/> Bezug von Arbeitslosengeld I | <input type="checkbox"/> Bezug von Bürgergeld |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| BG-Nummer bzw. Kundennummer: | |
| Aufenthalt vom: _____ | Bis zum: _____ |

| | | |
|---|---------------------------|----------------------------|
| Ansprechpartner:in der vorbehandelnden Klinik / Einrichtung: | | |
| | Bezugstherapeut:in | Ergotherapie / Bora |
| Name | | |
| Telefon | | |
| Email | | |

Zum Entlasszeitpunkt aus der stationären medizinischen Rehabilitation Sucht liegt folgende sozialmedizinische Leistungseinschätzung vor:

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Leistungsfähigkeit auf die letzte Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit als: _____ | <input type="checkbox"/> Beschäftigung besteht | |
| <input type="checkbox"/> 6 Std. + | <input type="checkbox"/> 3 - 6 Std. | <input type="checkbox"/> < 3 Std. |
| Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt | | |
| <input type="checkbox"/> 6 Std. + | <input type="checkbox"/> 3 - 6 Std. | <input type="checkbox"/> < 3 Std. |

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Positives Leistungsbild | | | |
| Körperliche Arbeitsschwere | <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> mittelschwer | <input type="checkbox"/> leicht |
| Stehen | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Gehen | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Sitzen | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Arbeitsorganisation | <input type="checkbox"/> Tagschicht | <input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht | <input type="checkbox"/> Nachtschicht |

| | |
|--|---|
| Negatives Leistungsbild | |
| Einschränkungen in: | |
| <input type="checkbox"/> Psychomentalen Funktionen | <input type="checkbox"/> Sinnenfunktionen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsbezogene Funktionen | <input type="checkbox"/> Kardiopulmonale Funktionen |
| <input type="checkbox"/> Relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

| |
|------------------------------------|
| Sozialmedizinische Epikrise |
| |

| Bearbeiter / in | Freigabe (Ltg. / QB) | Version | Datum | Kapitel | Seite |
|-----------------|------------------------|---------|------------|---------|-------|
| Miriam Jaschke | <i>Franziska Olman</i> | 1.0 | 19.02.2024 | B.A.1.2 | 2 |

| |
|--|
| Arbeits- und berufsbezogene Ressourcen / Arbeitsverhalten (Erfahrungen aus der Arbeits-, Sport- und Bewegungstherapie) |
| Empty space for content |

| |
|---|
| Soziale Kompetenzen / Persönliche Stärken (Selbsteinschätzung) |
| Empty space for content |

| Bearbeiter / in | Freigabe (Ltg. / QB) | Version | Datum | Kapitel | Seite |
|-----------------|---|---------|------------|---------|-------|
| Miriam Jaschke |  | 1.0 | 19.02.2024 | B.A.1.2 | 3 |

| | |
|---|---|
| Erlerner Beruf | |
| Zuletzt ausgeübte Tätigkeit | |
| Vorhandene bzw. erarbeitete Bewerbungsunterlagen: | |
| <input type="checkbox"/> Anschreiben | <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf |
| <input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweise | <input type="checkbox"/> Arbeitszeugnisse |
| <input type="checkbox"/> Letztes Schulzeugnis | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| Schwerbehinderung | | |
| Besteht ein Grad der Behinderung? | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Beantragt am: _____ |
| Wenn ja, wie hoch ist der GdB? | | |
| Seit wann besteht der GdB? | | |
| Welche Einschränkungen sind zu berücksichtigen? | | |
| Merkzeichen | | |

| |
|--------------------------------|
| Konsumierte Suchtmittel |
| |

| |
|------------------------------|
| Diagnosen nach ICD-10 |
| |

| Bearbeiter / in | Freigabe (Ltg. / QB) | Version | Datum | Kapitel | Seite |
|-----------------|----------------------|---------|------------|---------|-------|
| Miriam Jaschke | <i>Franka Olman</i> | 1.0 | 19.02.2024 | B.A.1.2 | 4 |

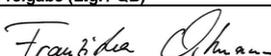
Überleitungsbogen

Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikation

Unterstützungsbedarf

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Selbstständige Lebensführung | <input type="checkbox"/> Wohnungssuche |
| <input type="checkbox"/> Finanzielle Problemlage | <input type="checkbox"/> Selbsthilfe |
| <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung / Pflege von Angehörigen | <input type="checkbox"/> Freizeitverhalten |
| <input type="checkbox"/> soziale Und gesellschaftliche Teilhabe | <input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge (psychisch, somatisch) | <input type="checkbox"/> innerbetriebliche Umsetzung |
| <input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung | <input type="checkbox"/> Qualifikationen / Berufsausbildung |
| <input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen zu Teilhabe (LTA) | <input type="checkbox"/> Moderne Kommunikationstechniken |
| <input type="checkbox"/> Stellenrecherche | <input type="checkbox"/> Mobilität |
| <input type="checkbox"/> Bewerbungsverfahren | <input type="checkbox"/> Berufliche Neuorientierung |
| <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme Integrationsfachdienst | <input type="checkbox"/> Sicherung des Therapieerfolgs (z. B. Rückfallprophylaxe, Abstinenzstabilisierung) |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung Sprachkurs | |

| Bearbeiter / in | Freigabe (Ltg. / QB) | Version | Datum | Kapitel | Seite |
|-----------------|---|---------|------------|---------|-------|
| Miriam Jaschke |  | 1.0 | 19.02.2024 | B.A.1.2 | 5 |

| |
|--|
| Berufsbezogene Ziele des Rehabilitanden |
| |

| |
|---|
| Empfehlung zur weiteren beruflichen Integration aus der Sicht der Klinik / Einrichtung |
| |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis zur Weiterleitung an die nachbehandelnde Adaptionseinrichtung, auch per Mail.

Ort, Datum

Unterschrift Rehabilitand:in

Unterschrift Ansprechpartner:in

Hiermit entbinde ich die Therapeuten und Ärzte der _____, (aktuelle Klinik / Einrichtung einfügen) für den Zeitraum in dem ich mich in der Adaption befinde, von der Schweigepflicht gegenüber der Fachklinik Release – Adaption in Hamm. Diese Schweigepflichtentbindung hat alleine den Zweck, meine berufliche Wiedereingliederung zu unterstützen.

Ort, Datum

Unterschrift Rehabilitand:in

| Bearbeiter / in | Freigabe (Ltg. / QB) | Version | Datum | Kapitel | Seite |
|-----------------|---|---------|------------|---------|-------|
| Miriam Jaschke |  | 1.0 | 19.02.2024 | B.A.1.2 | 6 |