

**Stellungnahme zum Vorliegen einer Behinderung
(§ 53 SGB XII i.V.m. § 2 Abs. 1 SGB IX)**

Zum Auftrag vom XX.XX.XXXX wird ärztlich wie folgt Stellung genommen:

1. Grunddaten der Klientin / des Klienten:

Name, ggf. Geburtsname, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

2. Zuordnung zum Personenkreis des § 53 SGB XII:

3. Primärbehinderung / aktuell im Vordergrund stehende Behinderung:

Sekundärbehinderung

4. Resultiert die Gesundheitsstörung aus einem Unfall, Impfschaden, einer Gewalttat oder ähnlichem Ereignis oder liegen Anhaltspunkte hierfür vor?

Behinderung festgestellt am:

5. **Die Stellungnahme erfolgt auf Basis von:**
6. **Bemerkungen**
7. **Verwendete ärztliche Unterlagen, sonstige Berichte und Informationen:**
8. **Bezeichnung der Gesundheitsstörung(en) / Diagnose(n) mit Angabe des ICD-10-Schlüssels, wenn diese eindeutig feststellbar ist. Ansonsten Angabe einer Verdachtsdiagnose:**
9. **Beschreibung der Teilhabeeinschränkung(en) aus ärztlicher Sicht, die aus der / den festgestellten Gesundheitsstörung(en) resultieren:
(ggf. Veränderungen seit der letzten Stellungnahme darstellen)**
10. **Besteht eine Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand?
(Nur auszufüllen bei Personen bis zum 23. Lebensjahr)**
11. **Liegt / liegen die Gesundheitsstörung(en) insgesamt länger als 6 Monate vor oder wird / werden sie insgesamt mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate dauern?**
12. **Angaben zur Pflegebedürftigkeit (sofern zutreffend):**
13. **Angaben zu Schwerbehinderung:**
14. **Empfehlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:**
15. **Empfehlungen zu Leistungen nach SGB II/III:**
16. **Empfehlungen zu weiteren Leistungen (z.B. HwH, SPFH etc.):**
17. **Empfehlungen für die Gesamtplanung:**
18. **Nachuntersuchung empfohlen?**

Behinderung festgestellt am: