**MUSTER** Logo Jobcenter bzw. Arbeitsagentur

**C.4.2 Entwurf Überleitungsbogen Klinik** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **an das Jobcenter/die Arbeitsagentur** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

(Ergänzung zur Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme)

Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Nachname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Straße: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geb. am: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

BG-Nr. bzw. Kundennummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Aufenthalt vom Klicken Sie hier, um Text einzugeben. bis zum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Kontaktdaten Ansprechpartner in der Fachklinik Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zum Entlassungszeitpunkt aus der stationären medizinischen Rehabilitation Sucht

Phase 1, Entwöhnungsbehandlung [ ]

Phase 2, Adaptionsbehandlung [ ]

Entlassung regulär [ ]

Entlassung vorzeitig [ ]

liegen folgende arbeits- und berufsbezogene Funktionsstörungen und Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe vor:

**Aktivitätseinschränkungen, die sich aus den arbeits- und berufsbezogenen Funktionsstörungen ergeben**

1. aus Sicht der Klinik
2. aus Sicht des Rehabilitanden

Vorwiegend psychosozial Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorwiegend körperlich Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Arbeits- und berufsbezogene Ressourcen / Arbeitsverhalten (Erfahrungen aus der Arbeits-, Sport- und Bewegungstherapie)**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 **Soziale Kompetenzen / Persönliche Stärken** (Eingangsanamnese)

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterstützungsbedarf**

[ ]  Selbständige Lebensführung / Wohnsituation Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Finanzielle Problemlagen Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Kinderbetreuung / Pflege von Angehörigen Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Sprachkenntnisse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Berufsorientierung Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Qualifikation / Berufsausbildung Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Stellenrecherche Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Bewerbungsverfahren Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Mobilität Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Moderne Kommunikationstechniken Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Freizeitverhalten Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  soziale/gesellschaftliche Teilhabe Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Sicherung des Therapieerfolges (z. B. Rückfallprophylaxe, Abstinenzstabilisierung) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Selbsthilfe Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Gesundheitssorge (psychisch, somatisch) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Berufsbezogene Ziele des Rehabilitanden**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Fazit/Empfehlungen zur weiteren beruflichen Integration aus Sicht der Klinik**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum:

Unterschrift Klinikvertreter/in Unterschrift Rehabilitand/in

**Ggfls. Einverständniserklärung des Rehabilitanden zur Weitergabe des Bogens an den zuständigen Ansprechpartner im Jobcenter/bei der Agentur für Arbeit**

Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021): Berufliche Teilhabe von abhängigkeitserkrankten Menschen. Weiterentwicklung der Zusammenarbeit im SGB II und SGB III in NRW. Empfehlungen und Umsetzungshinweise für die Praxis, Düsseldorf, Seite 42f.