**Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf Eingliederungshilfe für seelische behinderte Kinder und Jugendliche gemäß § 35 a SGB VIII**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburtsdatum** | **Adresse** | **Telefon** |
|       |       |       |       |       |

**Angaben zu den Eltern, Lebenspartnern, Pflegeeltern:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburtsdatum** | **Adresse** | **Telefon** | **Mutter / Vater zu Kind**  |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

**Gesundheit:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hausarzt / Facharzt**  | **Bisherige Behandlungen und deren Ergebnisse**  |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mit schriftlicher Einwilligung der/des Personenberechtigten vom nehme(n) ich/wir zur Hilfeplanung Stellung:** |  |
| auf Grund unserer pers. Untersuchung und Aktenkenntnis vom |       |
| auf Grund unserer stationären Behandlung von/seit  |       |
| auf Grund unserer teilstationären Behandlung von/seit |       |
| allein auf der Basis der Aktenlage. |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse:**Nach den in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der WHO (Weltgesundheits-organisation) liegt bei dem o. g. Patienten |  |
| eine (drohende) seelische Störung vor (nach § 35 a SGB VIII ) |       |
| ein diagnostizierbares organisches Krankheitsbild vor  |       |

|  |
| --- |
| **Angaben zur seelischen Störung** |
| Diagnostiziere Störung gem. ICD-10: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Abweichung von der seelischen Gesundheit**Internationale Klassifikation psychsicher Störungen (ICD 10, Kapitel V) |  |
| F0 organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störung |       |
| F1 psychische Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen  |       |
| F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen  |       |
| F3 affektive Störungen  |       |
| F4 neurotische/ Belastungs- und somatoforme Störungen  |       |
| F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |       |
| F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (i.d.R. ab 16. Lebensjahr) |       |
| F8 Entwicklungsstörungen  |       |
| F9 Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Die seelische Gesundheit** |  |
| weicht aufgrund dieses Störungsbildes / mit Krankheitswert oder Erkrankung/ schon längerals sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab. |       |
| wird mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. |       |

|  |
| --- |
| **Körperliche Erkrankungen/ Behinderungen:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Weitere Diagnosen:**Dieses Krankheitsbild ist einzuordnen |  |
| allein als psychische Störung |       |
| allein als geistige Behinderung |       |
| allein als körperliche Erkrankung/Behinderung |       |
| als Mehrfachbeeinträchtigung |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nur bei der Kombination körperliche Erkrankung und psychische Störung bzw. geistige Be­hinderung und psychische Störung zu beantworten:****Resultiert die Beeinträchtigung der Teilhabe allein bzw. ganz überwiegend aus der psychischen Störung infolge der körperlichen Erkrankung bzw. der geistigen Behinderung?** |  |
| Ja  |       |
| Nein  |       |
| nicht eindeutig festzustellen |       |

|  |
| --- |
| **Angaben zur bisherigen Behandlung und Ergebnisse aus medizinischer Sicht:**  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Entwicklungsstand**  |  |
| altersentsprechend / entsprechend kognitiver Leistungsfähigkeit  |       |
| umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache |       |
| umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Legasthenie, Rechenstörung etc.)  |       |
| umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen |       |
| sonstige Entwicklungsstörungen |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intelligenz** |  |
| IQ |       | Prozentrang (<10) |  | Differenz in T-Wert-Punkten (>12) |       |
| Beurteilt durch |       | Testung |  | Eindruck |       |

|  |  |
| --- | --- |
| normal oder überdurchschnittlich |       |
| unterdurchschnittlich / Lernbehinderung |       |
| geistige Behinderung |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Familiäre Belastungen** (abnorme psychosoziale Umstände, ICD 10, 5. Achse) |  |
| Keine Angaben möglich  |       |
| Belastende intra-familiäre Beziehungen  |       |
| Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderungen in der Familie |       |
| Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation |       |
| Belastende Erziehungsbedingungen  |       |
| Akute belastende Lebensereignisse  |  |
| Gefährdung möglicherweise durch Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch |  |
| Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule und Arbeit |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Einschätzung: Schweregrad der Beeinträchtigung der Teilhabe** (globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus, ICD 10, 6. Achse |  |
| Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten |       |
| mäßige soziale Funktion mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen |       |
| leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen |       |
| Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen |       |
| ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen |       |
| ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen |  |
| funktionsunfähig in den meisten sozialen Bereichen (benötigt ständige Aufsicht und Betreuung) |  |
| schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung (beträchtliche Betreuung erforderlich) |  |
| tiefe und durchgängige soz. Beeinträchtigung/ völliges Fehlen von Kommunikation (braucht ständige Betreuung) |  |
| nicht einschätzbar |  |

|  |
| --- |
| **Zusätzliche Beschreibung der sozialen Beeinträchtigung bei der Teilhabe, welche sich aus der beschriebenen Problematik ergibt**  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Es handelt sich somit aus fachlicher Sicht um** |  |
| eine (drohende) seelische Behinderung |       |
| eine (drohende) wesentliche körperliche bzw. geistige Behinderung |       |
| eine Mehrfachbehinderung |       |

|  |
| --- |
| **Therapieempfehlungen aus medizinischer Sicht** |
|  |

|  |
| --- |
| **Prognose zur weiteren Entwicklung** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bei über 18-Jährigen:****Die beschriebene Beeinträchtigung ist „jugendtypisch“** |  |
| Ja |       |
| Nein  |       |
| **Das beschriebene psychische Störungsbild ist im Verlauf primär als chronifiziert einzu­schätzen, so dass auch im Erwachsenenalter voraussichtlich auf längere Dauer Hilfe nötig sein wird.** |  |
| Ja |       |
| Nein  |       |
| **Die Teilnahme der begutachtenden Stelle/Fachkraft an der Hilfekonferenz wird gewünscht.**  |  |
| Ja |       |
| Nein  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Stellungnahme wurde erstellt von**  |  |
| Arzt/ Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie |       |
| Arzt/ Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, ggf. mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen  |       |
| Kinder- und Jugendpsychotherapeuten  |       |
| Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt |       |
| Schulpsychologischen Dienst/ Psychologische Beratungsstelle  |       |

**Name der begutachtenden Person:** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Straße, PLZ, Ort, Datum** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ ]  (Diagnose-) Team aus vorgenannten Fachkräften**