

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**
Baden-Württemberg

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Name, Vorname

Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf eine Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen

1. Ist die Versicherte/der Versicherte arbeitsfähig?

nein ja

Falls nein, bitte Begründung und Angabe der voraussichtlichen Dauer.

2. Diagnose nach ICD

3. Voraussichtliches Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt:

6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

4. Begründungen der beantragten Leistung (4.1 bisheriger Verlauf, 4.2 psychosoziale Situation - inklusive Wohnungssituation und Arbeitssituation, 4.3 Rückfallgefahr, 4.4 Ziele der geplanten Maßnahme, 4.5 psychischer Befund)

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ich habe die Inhalte zu Ziffer 1 - 4 zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift der Versicherten/des Versicherten