

Rentenversicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

oder

Krankenversicherernummer

MSAT / MSNR

--

**Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein**

## Einwilligungserklärung zum Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung

# G0401

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

mit den nachfolgenden Hinweisen informieren wir Sie über das weitere Vorgehen.

Die Ärztin / der Arzt der Rehabilitationseinrichtung hält im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung eine Suchtnachsorgeleistung gemäß § 17 SGB VI bzw. § 43 SGB V für erforderlich und gibt eine Stellungnahme zu dem Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung ab.

Darin werden Angaben zu den Diagnosen, dem voraussichtlichen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, dem bisherigen Verlauf, der psychosozialen Situation - inklusive Wohnungssituation und Arbeitssituation, der Rückfallgefahr und den Zielen der geplanten Suchtnachsorgeleistung gemacht sowie ein psychischer Befund erstellt.

Damit die Suchtnachsorge möglichst nahtlos an den erreichten Zielen der Entwöhnungsbehandlung ansetzen kann, halten wir es für erforderlich, dass die Nachsorgeeinrichtung ebenfalls diese Informationen erhält.

Mit der folgenden Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass nach der Bewilligung der Suchtnachsorge durch den Rehabilitationsträger die ärztliche Stellungnahme aus dem Antrag auf Suchtnachsorgeleistung (G0400 - Seite 2) an die Suchtnachsorgeeinrichtung übermittelt wird.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Einwilligungserklärung freiwillig ist und Ihnen keine Nachteile hinsichtlich des Antrages auf Nachsorge entstehen, wenn Sie in diese Datenübermittlung nicht einwilligen.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Rehabilitationsträger

### Einwilligungserklärung

**Ich willige ein**, dass der Rehabilitationsträger oder die zuständige Arbeitsgemeinschaft die ärztliche Stellungnahme aus dem Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung (G0400 - Seite 2) an die Suchtnachsorgeeinrichtung übermittelt.

nein

ja

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich bei dem zuständigen Rehabilitationsträger oder der zuständigen Arbeitsgemeinschaft (siehe Antrag auf Suchtnachsorgeleistung - G0400) widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



