

10. Einschätzung des bisherigen Verlaufs und Prognose

(Angabe erforderlich)

11. Nachweis der psychosozialen Betreuung (PSB)

(keine Anlagen)

Nachweis liegt vor

 ja

 nein

Thematisierung erforderlich, falls keine PSB stattfindet:

12. Substitutionstherapie im Rahmen der Konsiliarregelung

Datum der **letzten vier Quartale**, an denen eine Vorstellung des Patienten beim Konsiliarius erfolgte!

Quartal	Vorstellung am (Angabe des Untersuchungsdatums)
Ergaben sich aufgrund der Vorstellung(en) beim Konsiliarius Änderungen in der Therapie? Wenn ja, bitte erläutern:	

13. Behandlungsvereinbarung wurde unterschrieben am:

Bitte geben Sie das Datum an, an dem die Behandlungsvereinbarung geschlossen wurde

(keine Anlagen)

(TT.MM.JJ)