



Bericht des behandelnden Arztes über die Alkoholabstinenz

Name / Vorname,
Geburtsdatum,
Adresse: _____

1. Anamnestische Angaben zur Krankenvorgeschichte (somatische oder psychische Erkrankungen) mit besonderer Berücksichtigung der Suchtmittelanamnese. Seit wann und wie häufig finden Konsultationen statt? Wird eine Begleittherapie (z.B. Antabus, Fachtherapie) durchgeführt? Bisheriger Verlauf? Welche Medikamente sind verordnet?

2. Labor-Kontrollen (inkl. Angabe Toleranzbereich)

Datum Proben-Abgabe	CDT (..... %)	GOT (..... U/L)	GPT (..... U/L)	GGT (..... U/L)	MCV (..... fl)	ETG (Urin)

4. Können Sie die Einhaltung einer Alkoholtotalabstinenz bestätigen? Wenn ja, seit wann? Rückfälle?

Abstinenz? nein ja
Rückfälle? nein ja -> wann: _____
Suchtverlagerung? nein ja -> auf: _____

5. Arbeitssituation? Soziale Situation? Stabilität?

Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____