

- Betreutes Wohnen Heimwohnen Drogen
 Nichtbehandlungsfall Beschäftigung Sucht
Falls Doppeldiagnose, (ankreuzen was im Vordergrund steht) Psychisch

Gesundheitsamt Bremen Fachbereich Psychiatrie/Sucht Hansator 11 28217 Bremen Bitte in <u>einfacher</u> Ausfertigung	Leistungserbringer/Absender/Stempel:
--	--------------------------------------

Mitteilung über Veränderungen

1. Für weiblich männlich divers

Name	Vorname
Anschrift	Geburtsdatum

2. Vorübergehende Abwesenheit*

Klinik	vom	bis	Anzahl der Tage
Urlaub	vom	bis	Anzahl der Tage
Sonstiges	vom	bis	Anzahl der Tage

*siehe § 19 Bremischer Landesrahmenvertrag. Es ist eine Stellungnahme vom LEB (Punkt 6) und der Bedarfsermittlung (Punkt 7) zu erstellen.

3. Änderung des Hilfebedarfs

Bisheriger Hilfebedarf	Änderung auf	vom	bis
Bisheriger Hilfebedarf	Änderung auf	vom	bis

4. Beendigung der Maßnahme zum:

Datum	Verstorben am
Verbleib nach Beendigung:	

5. Wohnungswechsel bei lfd. Maßnahme (neue Anträge bei: Leistungserbringerwechsel oder von stationär zu ambulanter oder vice versa)

Datum	von
	nach

6. Erläuterungen/Sonstiges (auszufüllen vom Leistungserbringer; Maßnahmeträger, ggf. Anlage hinzufügen)

Datum	Ansprechpartner:in und Telefon	Unterschrift Leistungserbringer

7. Stellungnahme der Bedarfsermittlerin/des Bedarfsermittlers, ggf. Anlage zufügen

Datum	Ansprechpartner:in und Telefon	Unterschrift Bedarfsermittler:in