

Individuelles Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland

Formulare

Auf den folgenden Seiten finden Sie die Formulare des Individuellen Hilfeplanverfahrens des Landschaftsverbandes Rheinland

<i>Basisbogen: Grunddaten</i>	1-2
<i>Bogen I:</i> angestrebte Wohn- und Lebensform, derzeitige Situation, vorrangige Probleme	3-5
<i>Bogen II:</i> Fähigkeiten und Ressourcen, Störungen und Beeinträchtigungen	6-20
<i>Bogen III:</i> Hilfen im Einzelnen und beantragte Leistungen	20-21

Der Basisbogen und der Bogen I können fortlaufend verwendet werden.
Bei Bogen II finden Sie hinter jedem Formular eingefügt eine Seite mit Erläuterungen.

Die Seiten 20 und 21 des Bogen III werden nebeneinander gelegt.

Individuelle Hilfeplanung

Der Basisbogen zu dem Hilfeplanverfahren trägt Informationen zur Planerstellung, zu den an der Hilfeplanung beteiligten Personen sowie zu der aktuellen Behandlungs- und Betreuungssituation zusammen. So weit als möglich wurde auf eine doppelte Datenerhebung verzichtet, da bereits in dem Sozialhilfegrundertrag Daten abgefragt werden und dort anzugeben sind.

erster Hilfeplan, für den Zeitraum von bis
 erstellt am erstellt von

Fortschreibung des Plans vom für den Zeitraum von bis

Name der Bezugsperson Einrichtung Telefon

01
02

Antragsteller bzw. Leistungsberechtigter:

Nachname Vorname Geburtsdatum

PLZ Ort Mail

03

Nächster Angehöriger bzw. nächste persönliche Bezugsperson:

Nachname Vorname Telefon

PLZ Ort Mail

04

Art der Behinderung (Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen sind möglich)

- ▶ Seelische Behinderung
 - ▶ als Folge von körperlich nicht begründbaren Psychosen
 - ▶ als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns
 - ▶ als Folge von Suchtkrankheiten
 - ▶ als Folge von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
- ▶ Geistige Behinderung
- ▶ Körperliche Behinderung

05

Der bzw. die Antragsteller-in/Leistungsberechtigte hat an der Erstellung des Hilfeplanes mitgewirkt

Ja Nein teilweise

An der Hilfeplanung haben darüber hinaus mitgewirkt

Angehörige bzw. nahe stehende Personen

Gesetzliche Betreuung

Weitere Personen (optional)

06

Wurde eine koordinierende Person/Stelle für die Behandlungs- und Betreuungsleistungen benannt?

nein

ja Name Telefon

Einrichtung Fax

PLZ Ort Mail

07

Individuelle Hilfeplanung

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Dienste und Einrichtungen, soweit ihre Angabe im sachlichen Zusammenhang mit der beantragten Leistung steht:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Klinik | <input type="checkbox"/> Tagesstätte |
| <input type="checkbox"/> Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Kontakt- und Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Nachtklinik | <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung medizinischer Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Ambulante Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Institutsambulanz | <input type="checkbox"/> Ambulante Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Ambulantes Betreutes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> niedergelassener Facharzt | <input type="checkbox"/> Familienpflege |
| <input type="checkbox"/> niedergelassener Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Wohnheim |
| <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> Außenwohngruppe eines Wohnheimes |
|
 |
 |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung sozialer Rehabilitation an psychiatrischen Krankenhäusern | <input type="checkbox"/> Arbeitstrainingsmaßnahme |
| <input type="checkbox"/> Altenheim- bzw. Pflegeheim | <input type="checkbox"/> Arbeitstrainingsmaßnahme in WfbM |
| <input type="checkbox"/> Allgemeiner sozialer Dienst | <input type="checkbox"/> Berufsbildungsmaßnahme |
| <input type="checkbox"/> Mobiler sozialer Hilfsdienst | <input type="checkbox"/> Berufsbildungsmaßnahme in WfbM |
| <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe | <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich der WfbM |
| <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> andere Dienste und Einrichtungen |
| <input type="checkbox"/> Fahrdienst | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Integrationsfachdienst | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

evtl. Arztberichte/Anamnese oder einen kurzen Lebenslauf beifügen

Ich bin darüber unterrichtet, dass sowohl die Grunddaten als auch die in den Bögen I bis III, Seiten 1 bis 21, des Individuellen Hilfeplanverfahrens des Landschaftsverbandes Rheinland erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 46 BSHG verwendet werden. Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an das Rheinische Sozialamt, Landschaftsverband Rheinland bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstellungsdatum.....

I.1 Wie wollen Sie in Zukunft wohnen?

.....

.....

.....

.....

.....

I.2 Was wollen Sie lernen bzw. zukünftig arbeiten? Wie wollen Sie tätig sein?

.....

.....

.....

.....

.....

I.3 Wie wollen Sie Ihre Freizeit gestalten?

.....

.....

.....

.....

.....

I.4 Wie wollen Sie in Zukunft Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten?

.....

.....

.....

.....

.....

I.5 Weitere wichtige, bisher nicht genannte Aspekte:

.....

.....

.....

.....

.....

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstelldatum

• Derzeitige Situation aus der Sicht der Antragsteller bzw. Leistungsberechtigten

• Ergänzende Informationen aus fachlicher Perspektive

09

II.1 *Wie wohnen Sie derzeit ?*

.....
.....
.....
.....
.....

II.2 *Was arbeiten Sie derzeit ?*

.....
.....
.....
.....
.....

II.3 *Was machen Sie in Ihrer Freizeit?*

.....
.....
.....
.....
.....

II.4 *Wie sind derzeit Ihre Beziehungen zu anderen Menschen?*

.....
.....
.....
.....
.....

II.5 *Weitere wichtige, bisher nicht genannte Aspekte:*

.....
.....
.....

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstelldatum.....

- Vorrangige Probleme aus der Sicht der Antragsteller bzw. Leistungsberechtigten
- Ergänzende Problembeschreibung aus fachlicher Perspektive

10

III. 1 Was hindert Sie am meisten daran, so zu wohnen, wie Sie wollen?

.....

.....

.....

.....

.....

III. 2 Was hindert Sie am meisten daran, das zu tun (Ausbildung, Arbeit), was Sie wollen?

.....

.....

.....

.....

.....

III. 3 Was hindert Sie am meisten daran, Ihre Freizeit so zu verbringen, wie Sie gerne möchten?

.....

.....

.....

.....

.....

III. 4 Was hindert Sie am meisten daran, Ihre Beziehungen zu anderen Menschen so zu gestalten, wie Sie dies wollen?

.....

.....

.....

.....

.....

III. 5 Weitere wichtige, bisher nicht genannte Probleme

.....

.....

.....

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r)Erstelldatum.....

Bitte tragen Sie die Fähigkeiten und Ressourcen bzw. die Störungen und Beeinträchtigungen der leistungs- bzw. antragsberechtigten Menschen mit einer Behinderung in die nachstehenden Felder ein, soweit die aufgeführten Merkmale im besonderen Einzelfall von Bedeutung sind. Es ist – in Abhängigkeit von der Besonderheit des Einzelfalls – weder sinnvoll noch notwendig, alle Felder auszufüllen. Es kommt allerdings darauf an herauszuarbeiten und zu verdeutlichen, in welchen Bereichen die Fähigkeiten und Ressourcen, aber auch die Störungen und Beeinträchtigungen der Betroffenen liegen, welche Hilfestellung JETZT erforderlich ist. Die aktuelle Art der Hilfestellung wird durch Ankreuzen markiert. Handelt es sich um eine neue Antragstellung ohne aktuelle Hilfestellung, werden die Felder nicht angekreuzt.

12

Kompetenzbereich: Alltägliche Lebensführung		Fähigkeiten und Ressourcen	Störungen und Beeinträchtigungen	A	B	C	D	E
				<i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>				
▶ beim Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der Zubereitung von Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der Zubereitung von Hauptmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der Wäschepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ hinsichtlich der Ordnung im eigenen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der Verwaltung von Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ beim Regeln von finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben (optional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende:

- A = keine Hilfe erforderlich/gewünscht
- B = Beratung/Assistenz/Hilfestellung
- C = stellvertretende Ausführung/Begleitung
- D = intensive Förderung/Anleitung
- E = Umfeldgestaltung bzw. Hilfsmittelversorgung

13

Abweichende Ansicht der antrags- bzw. leistungsberechtigten Person:

.....

.....

.....

Erläuterungen zu dem Themenbereich:
Alltägliche Lebensführung

Einkaufen	<i>Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs einkaufen (Einkauf planen, Geschäfte aufsuchen, auswählen)</i>
Zubereitung von Zwischenmahlzeiten	<i>Übliche Wege der Zubereitung von Zwischenmahlzeiten und Getränken, einschließlich Frühstück und Abendessen</i>
Zubereitung von Hauptmahlzeiten	<i>Übliche Wege der Zubereitung von warmen Hauptmahlzeiten, einschließlich der Benutzung von Geräten</i>
Wäschepflege	<i>Persönliche Kleidungsstücke waschen, flicken, aus- und einsortieren, einschließlich der Bedienung von Geräten</i>
Ordnung im eigenen Bereich	<i>Aufräumen, Zimmer/Sanitärbereich reinigen</i>
Verwaltung von Geld	<i>Kenntnis des Geldwertes, Einteilung des Geldes</i>
Regeln von finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten	<i>Ausfüllen von Formularen, Stellen von Anträgen, Behördengänge, Bankgeschäfte etc., ggf. Kooperation mit dem gesetzlichen Betreuer</i>

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstellungsdatum.....

Kompetenzbereich: Individuelle Basisversorgung							
	Fähigkeiten und Ressourcen	Störungen und Beeinträchtigungen	A	B	C	D	E
			<i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>				
▶ bei der Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der persönlichen Hygiene/ Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ beim Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ beim Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ beim Anziehen/Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben (optional)							
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende:

- A = keine Hilfe erforderlich/gewünscht
- B = Beratung/Assistenz/Hilfestellung
- C = stellvertretende Ausführung/Begleitung
- D = intensive Förderung/Anleitung
- E = Umfeldgestaltung bzw. Hilfsmittelversorgung

Abweichende Ansicht der antrags- bzw. leistungsberechtigten Person:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Erläuterungen zu dem Themenbereich:
Individuelle Basisversorgung

Ernährung	<i>Auswahl von Art und Menge der Nahrung, Essen und Trinken, Zerkleinern (z.B. Fleisch schneiden)</i>
Körperpflege	<i>Ganz- oder Teilwaschung, Morgen- und Abendtoilette (außer Baden/Duschen), Umgang mit Menstruation</i>
persönliche Hygiene/ Toilettenbenutzung	<i>Aufsuchen der Toilette, sachgerechte Benutzung, Umgang mit Inkontinenz</i>
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	<i>Grundfertigkeiten der Mobilität (körperliche Fähigkeiten)</i>
Baden/Duschen	<i>Eigenständige Benutzung der Dusche oder Badewanne (körperliche Fähigkeiten, ggf. Aufsichtsbedarf)</i>
Anziehen/Ausziehen	<i>Auswahl von Kleidung, der Witterung oder dem Anlass entsprechend, körperliche Fähigkeit, sich an- oder auszuziehen (Grob- und Feinmotorik)</i>

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstelldatum.....

Kompetenzbereich: Gestaltung sozialer Beziehungen		Fähigkeiten und Ressourcen	Störungen und Beeinträchtigungen	A B C D E
				<i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>
▶ in Partnerschaft/Ehe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ im engeren Wohn- und Lebensbereich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ in weiteren familiären Beziehungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ im Außenbereich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ im Bereich Ausbildung und Arbeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Weitere Angaben (optional)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Legende:

- A = keine Hilfe erforderlich/gewünscht
- B = Beratung/Assistenz/Hilfestellung
- C = stellvertretende Ausführung/Begleitung
- D = intensive Förderung/Anleitung
- E = Umfeldgestaltung bzw. Hilfsmittelversorgung

Abweichende Ansicht der antrags- bzw. leistungsberechtigten Person:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Erläuterungen zu dem Themenbereich:
Gestaltung sozialer Beziehungen

Partnerschaft/Ehe	<i>Aufbau und Aufrechterhaltung stabiler sozialer Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten</i>
engerer Wohn- und Lebensbereich	<i>Beziehungen zu Mitbewohnern/Nachbarn/Mitarbeitern, Einhalten von Haus- und Gemeinschaftsvereinbarungen, Einhalten von Absprachen, Regelung von Konflikten, Vermeidung von Isolation</i>
weitere familiäre Beziehungen	<i>Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen zu den Eltern, ggf. den Geschwistern sowie den eigenen Kindern, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten</i>
Außenbereich	<i>Aufnahme von Beziehungen zu/Umgang mit fremden Menschen</i>
Bereich von Ausbildung und Arbeit	<i>Umgang mit Kollegen und Kolleginnen sowie den Vorgesetzten, auch unter Belastungen und schwierigen Arbeitsanforderungen</i>

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstelldatum.....

Kompetenzbereich: Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben		Fähigkeiten und Ressourcen	Störungen und Beeinträchtigungen	A	B	C	D	E
				<i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>				
▶ bei der Gestaltung freier Zeit, Eigenbeschäftigung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei Freizeitangeboten, kulturellen Veranstaltungen, Urlaub		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der Begegnung mit fremden Personen/anderen sozialen Gruppen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ beim Erschließen außer- häuslicher Lebensbereiche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ beim Ausführen einer Tätigkeit oder einer bezahlten Arbeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben (optional)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende:

- A = keine Hilfe erforderlich/gewünscht
- B = Beratung/Assistenz/Hilfestellung
- C = stellvertretende Ausführung/Begleitung
- D = intensive Förderung/Anleitung
- E = Umfeldgestaltung bzw. Hilfsmittelversorgung

Abweichende Ansicht der antrags- bzw. leistungsberechtigten Person:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Erläuterungen zu dem Themenbereich:
Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben

Gestaltung freier Zeit, Eigenbeschäftigung	<i>Planvolle und persönlich sinnvolle Nutzung freier Zeit, Einteilung der Zeit, Ausführen von Hobbies, Entwicklung persönlicher Vorlieben</i>
Freizeitangebote, kulturelle Veranstaltungen, Urlaub	<i>Information über Angebote, Auswahl von Angeboten, aktives Aufsuchen von Angeboten (einschließlich der dazu erforderlichen körperlichen Mobilität), Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln</i>
Begegnung mit fremden Personen/ anderen sozialen Gruppen	<i>Sich zurechtfinden in einem fremden Umfeld, Besuch von Kontakt- und Beratungsstellen, Begegnungszentren, Selbsthilfegruppen</i>
Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche	<i>Motivation zum Besuch von Schule, Arbeitsplatz, Tagesstätte, Beschäftigungsbereich oder im Hinblick auf eine berufliche Orientierung; Bewältigung des Weges zum außerhäuslichen Lebensbereich</i>
Ausführen einer Tätigkeit oder einer bezahlten Arbeit	<i>Arbeit und Beschäftigung im Rahmen tagesstrukturierender Tätigkeit, beruflicher Rehabilitation, in beschützten Arbeitsbereichen oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, auch im Hinblick auf das Erfüllen von Arbeits- und Ausbildungsanforderungen</i>

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstelldatum.....

Kompetenzbereich: Kognitive Kompetenzen und Orientierung							
	Fähigkeiten und Ressourcen	Störungen und Beeinträchtigungen	A	B	C	D	E
			<i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>				
▶ bei der Entwicklung von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ im Hinblick auf Merkfähigkeit und Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ im Hinblick auf Auffassung und Intelligenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der zeitlichen Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der räumlichen Orientierung in vertrauter Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ bei der räumlichen Orientierung in fremder Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Angaben (optional)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende:

- A = keine Hilfe erforderlich/gewünscht
- B = Beratung/Assistenz/Hilfestellung
- C = stellvertretende Ausführung/Begleitung
- D = intensive Förderung/Anleitung
- E = Umfeldgestaltung bzw. Hilfsmittelversorgung

Abweichende Ansicht der antrags- bzw. leistungsberechtigten Person:

.....

.....

.....

.....

Erläuterungen zu dem Themenbereich:
Kognitive Kompetenzen und Orientierung

Entwickeln von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung	<i>Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung und der eigenen Rolle in der Gesellschaft, Entwickeln persönlicher Ziele; Sinnorientierung des Lebens</i>
Merkfähigkeit und Gedächtnis	<i>Merkfähigkeit bezeichnet die Speicherung von Wahrnehmungen und Erfahrungen in Gedächtnisspuren. Gedächtnis selbst wird in Langzeitgedächtnis und Kurzzeitgedächtnis unterschieden. Eine weitere Unterscheidung sind die Inhalte: Es gibt ein Bedeutungswissen (semantisches Gedächtnis), ein Handlungswissen (prozedurales Gedächtnis) und eine Erinnerung an Erlebnisse (episodisches Gedächtnis).</i>
Auffassung und Intelligenz	<i>Die Begriffe stehen für geistige Begabung u. Beweglichkeit, die Menschen befähigt, sich schnell in neuen Situationen zurechtzufinden, Sinn- u. Beziehungszusammenhänge zu erfassen sowie den neuen Gegebenheiten u. Anforderungen durch Denkleistungen sinnvoll zu entsprechen.</i>
Orientierung zur Person	<i>Kenntnis von Name, Wohnort, Geburtsdatum</i>
Zeitliche Orientierung	<i>Kenntnis der Uhrzeit, Tag- und Zeitstruktur</i>
Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung	<i>Alle Orte, die regelmäßig aufgesucht werden: Wohnung, Wohnumfeld, Weg zur Arbeit usw.</i>
Räumliche Orientierung in fremder Umgebung	<i>Erschließen der Ortskenntnis, Teilnahme am Straßenverkehr</i>

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstelldatum.....

Kompetenzbereich: Psychische Kompetenz		Fähigkeiten und Ressourcen	Störungen und Beeinträchtigungen	A B C D E
				<i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>
▶	<i>im Hinblick auf das Körpererleben</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶	<i>beim Umgang mit der eigenen Krankheit und Behinderung</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶	<i>im Umgang mit Angst, Unruhe, inneren Spannungen bzw. Zwängen</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶	<i>im Hinblick auf Verfolgungsängste und Stimmungsschwankungen</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶	<i>im Hinblick auf den Realitätsbezug</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶	<i>im Hinblick auf Drogen und Alkohol, bestehende Abhängigkeiten</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶	<i>im Hinblick auf selbst gefährdendes Verhalten</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶	<i>im Hinblick auf störendes oder fremdgefährdendes Verhalten</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶	<i>bei Antriebsstörungen, Lust- und Interesselosigkeit</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Weitere Angaben (optional)				
.....				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Legende:

- A = keine Hilfe erforderlich/gewünscht
- B = Beratung/Assistenz/Hilfestellung
- C = stellvertretende Ausführung/Begleitung
- D = intensive Förderung/Anleitung
- E = Umfeldgestaltung bzw. Hilfsmittelversorgung

Abweichende Ansicht der antrags- bzw. leistungsberechtigten Person:

.....

.....

.....

Erläuterungen zu dem Thema:
Psychische Kompetenz

Körpererleben	<i>Störungen des Körpererlebens können sehr vielfältig sein. Beispiele sind: Teile des Körpers werden als taub, steif oder fremd erlebt. Schmerzen kommen und gehen, wandern im Körper. Organe fehlen, sind zuviel oder an den falschen Stellen.</i>
Umgang mit der eigenen Krankheit und Behinderung	<i>Hierzu gehört die Annahme von Krankheit oder Behinderung und die Lebensgestaltung und -bewältigung mit der Krankheit oder Behinderung</i>
Umgang mit Angstgefühlen, Unruhe, Bewältigung innerer Spannungen bzw. Zwänge	<i>Angst zu erleben ist keine Störung, sondern eine gesunde Reaktion auf eine unsichere, vielleicht als gefährvoll erlebte Situation. Wenn die Angst aber dauerhaft einschnürt, bestimmte Dinge nicht getan werden können oder Situationen gemieden werden müssen, weil die Angst übermächtig wird, wird Angst zur Störung. „Menschen, die zwanghaft handeln, müssen eine bestimmte Handlung immer wieder ausüben (z.B. sich waschen, aufräumen, alle Schalter kontrollieren) oder bestimmte Gedanken immer wieder durchgrübeln. Dabei kann dieses gezwungene Tun so viel Zeit kosten, dass der Mensch zu nichts anderem mehr kommt.“¹</i>
Verfolgungsängste und Stimmungsschwankungen	<i>z. B. Paranoide Ängste z. B. Manie und Depression</i>
Realitätsbezug	<i>Der Realitätsbezug kann z. B. durch Wahnerleben oder Halluzinationen beeinträchtigt sein.</i>
Gefährdung durch Drogen und Alkohol, bestehende Abhängigkeiten	<i>Abstinenzmotivation, Erkennen und Handhaben von Risikosituationen, Rückfall in suchtfördernde Verhaltensmuster, Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen</i>
selbst gefährdendes Verhalten	<i>Hierzu zählen Selbstverletzungen oder Handeln in suizidaler Absicht.</i>
störendes oder fremdgefährdendes Verhalten	<i>Kränkendes, unangenehmes Verhalten, Verletzung von Nähe/Distanz wird als störend erlebt. Zu fremdgefährdendem Verhalten zählen Angriffe auf Menschen oder die Zerstörung von Sachen.</i>
Antriebsstörungen, Lust- und Interesselosigkeit	<i>Antrieb ist eine „innere treibende Kraft im Sinne von Energie und Initiative zur zielgerichteten Aktivität als Voraussetzung psychischer u. physischer Leistungen“². Antriebsstörungen umfassen Antriebsminderung und Antriebssteigerung.</i>

¹ Dörner, Klaus u. a.: *Irren ist menschlich*, Seite 304, Bonn 2002

² *Psychrembel* 2002, Copyright 2002, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstelldatum.....

Kompetenzbereich: Kommunikation		Fähigkeiten und Ressourcen	Störungen und Beeinträchtigungen	A B C D E
<i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>				
▶ bei Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ im Hinblick auf Ausdrucksmöglichkeiten		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ im Hinblick auf die Anwendung von Kulturtechniken		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kompetenzbereich: Gesundheitsförderung und -erhaltung				
▶ bei der Ausführung ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ bei der Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Hilfen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ bei speziellen pflegerischen Erfordernissen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ bei der Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
▶ im Hinblick auf einen gesundheitsfördernden Lebensstil		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Weitere Angaben (optional)				
.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Legende:

A = keine Hilfe erforderlich/gewünscht

B = Beratung/Assistenz/Hilfestellung

C = stellvertretende Ausführung/Begleitung

D = intensive Förderung/Anleitung

E = Umfeldgestaltung bzw. Hilfsmittelversorgung

Abweichende Ansicht der antrags- bzw. leistungsberechtigten Person:

.....

.....

Erläuterungen zu dem Thema:
Kommunikation

Sinnesbeeinträchtigungen und
Kommunikationsstörungen

*Nutzung von Hilfsmitteln wie Langstock, Hörgerät, PC usw., Aneignung
und Gebrauch der Gebärdensprache, Erschließen alternativer
Kommunikationswege bei fehlender oder stark eingeschränkter Sprache*

Ausdrucksmöglichkeiten

Äußerung eigener Bedürfnisse, Gefühle, Wahrnehmungen und Erlebnisse

Kulturtechniken

*Lesen und Schreiben, Umgang mit technischen Kommunikationsgeräten
wie Telefon und PC*

Erläuterungen zu dem Thema:
Gesundheitsförderung und -erhaltung

Ausführung ärztlicher oder
therapeutischer Verordnungen

*Bereitstellung, Dosierung und Einnahme von Medikamenten,
(Körper-)Übungen*

Inanspruchnahme von medizinischen
und sozialen Hilfen

*Auswahl des Arztes bzw. des Dienstes, Terminvereinbarung,
Aufsuchen der Praxis etc.*

spezielle pflegerische Erfordernisse

*Dekubitusprophylaxe, Bedienung von Beatmungsgeräten, pflegerische
Erfordernisse bei Sondenernährung etc.*

Beobachtung und Überwachung
des Gesundheitszustandes

*Regelmäßige Kontrollen (z.B. bei Diabetes, Vitalzeichen-Kontrolle
Beobachtung bei Erkrankungen, Erkennen von
Krankheitssymptomen etc.)*

gesundheitsfördernder Lebensstil

*Kenntnisse über gesunde Ernährung, körperliches Training, Bewegung,
Vermeiden gesundheitsschädigender Verhaltensweisen wie
Rauchen etc.*

Individuelle Hilfeplanung

Antragsteller(in)/Leistungsberechtigte(r) Erstelldatum.....

Was soll konkret erreicht werden?	Bis wann?	Welche Hilfen sind im Einzelnen dazu erforderlich?
▶ <i>Alltägliche Lebensführung</i>		AL
.....
.....
.....
▶ <i>Individuelle Basisversorgung</i>		BV
.....
.....
.....
▶ <i>Gestaltung sozialer Beziehungen</i>		SB
.....
.....
.....
▶ <i>Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben</i>		TL
.....
.....
.....
▶ <i>Kognitive Kompetenzen und Orientierung</i>		KK
.....
.....
.....
▶ <i>Psychische Kompetenzen</i>		PK
.....
.....
.....
▶ <i>Kommunikation</i>		KO
.....
.....
.....
▶ <i>Gesundheitsförderung und -erhaltung</i>		GE
.....
.....

Individuelle Hilfeplanung

Wie ist die Hilfe geplant?					Wer soll die geplanten Hilfen erbringen?	Welche Leistung wird bei dem LVR beantragt?			Wie groß ist der zeitliche Aufwand der beantragten Leistung pro Woche?	
A	B	C	D	E	Name der Person, bzw. des Dienstes	1	2	3	x	
<small>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</small>						<small>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</small>				<small>(Minutenwerte bitte hier eintragen)</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SB
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende: A = keine Hilfe erforderlich/gewünscht
 B = Beratung/Assistenz/Hilfestellung
 C = stellvertretende Ausführung/Begleitung
 D = Intensive Förderung/Anleitung
 E = Umfeldgestaltung/Hilfsmittelversorgung

1 = Personen aus dem familiären und/oder sozialen Umfeld
 2 = Medizinische oder soziale Hilfesysteme
 3 = Fachliche Hilfen: Bezeichnung des Dienstes/der Einrichtung

.....
Ort, Datum

.....
Bezugsperson/Fachkraft

.....
Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung