

_____ für den Zeitraum von _____ bis _____ AZ: _____

1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

Name Vorname

 Straße

 Postleitzahl Wohnort

 E-Mail

 Telefon Geburtsort

 geboren am Staatsangehörigkeit

 Schulbildung

 Beruf

 Familienstand / Kinder / Situation

Nächste Bezugsperson:

Name Bezug (z.B. Betreuer, Angehöriger)

 Straße Telefon

 Postleitzahl Wohnort

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

nein ja, und zwar:
 gesetzl. Betreuer
 Bevollmächtigung

Wenn ja:

Name Vorname

 Straße Telefon

 Postleitzahl Wohnort

E-Mail

Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellsurkunde):

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen, Umfeldhilfen (z.B. Wohnsituation mit Angehörigen):

Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations-einschätzung, Ziele, Vorgehen?

ja nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Behinderung aufgrund:

- körperlicher Beeinträchtigung
- seelischer Beeinträchtigung
- geistige Beeinträchtigung
- Abhängigkeitserkrankungen

Festgestellte ärztliche Diagnosen (ggf. dauerhafte Medikation / Hilfsmittel):

noch kein sozialmedizinisches / amtsärztliches Gutachten vorhanden

Zusätzliche begleitende Behinderung aufgrund:

- körperlicher Beeinträchtigung
- seelischer Beeinträchtigung
- geistige Beeinträchtigung
- Abhängigkeitserkrankungen

GdB vorhanden, Umfang: Merkzeichen:

Leistungen nach SGB V Leistungen nach SGB VIII
 Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad:)
 Pflegegrad abgelehnt Pflegegrad nicht beantragt

Ggf. Erläuterungen (z. B. Beeinträchtigung der Sinne, Lernbeeinträchtigung, herausforderndes Verhalten):

3. Ziele von Herr/Frau

Bitte auswählen:

Wohnsituation

Arbeitssituation / Tagesstruktur

Aktueller Stand

Veränderungen im Planungszeitraum

Langfristig geplante Veränderungen

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

4.1 Persönliche Situation:

4.2 Aktuelle Situation in der Teilhabe aus den Bereichen: z.B. Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

4.3 Umweltfaktoren – Unterstützung und Barrieren aus den Bereichen: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), Hilfsmittel (e115), Arzt (e580), Behörden (e570), usw.

4.4 Umweltfaktoren – Unterstützung und Barrieren in Beziehungen: Familie (e310, 315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Nachbarn / Kollegen (e325), Autoritätspersonen (e330), usw.

5. Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

Bitte einen Zielbereich auswählen und in dem Textfeld stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und einen konkreten Indikator für das jeweilige Ziel eintragen:

a) Persönliche Ziele:

Ziel **a1:**

Indikator:

Ziel **a2:**

Indikator:

b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel **b1:**

Indikator:

Ziel **b2:**

Indikator:

c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:

Ziel **c1:**

Indikator:

Ziel **c2:**

Indikator:

d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

Ziel **d1:**

Indikator:

Ziel **d2:**

Indikator:

6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten der Person und / oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

ICF Kapitel Aktivität

- 1 Lernen / Wissensanwendung
- 2 Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
- 3 Kommunikation
- 4 Mobilität
- 5 Selbstversorgung
- 6 Häusliches Leben
- 7 Interpersonelle Interaktionen
- 8 Bedeutende Lebensbereiche
- 9 Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

ERLÄUTERUNGEN

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht spezifiziert / anwend- / feststellbar

Fähigkeiten

Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen nach SGB IX

- keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- Information, Orientierung, Anleitung
- Kompensation / Übernahme
- individuelle Planung und Feedback
- begleitende, übende Unterstützung
- regelmäßige und personenbez. Hilfe
- + selbstorgan. Assistenzleistung
- ++ s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung

				Wer bzw. was?	Ggf. prof. Kommentar
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Psychische Stabilität b1263	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Antrieb b130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Drang nach Suchtmitteln b1303	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Impulskontrolle b1304	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Funktionen der Aufmerksamkeit b140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Funktionen des Gedächtnis b144	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Emotionales Erleben b152	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	Inhalt und Kontrolle des Denkens b160	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	Lesen und Schreiben d166, d170	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	Rechnen und Zahlenverständnis d172	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Mit Stress und andere psychischen Anforderungen umgehen d240	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Sprechen d330	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen d360	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	Feinmotorischer Handgebrauch d440	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	Gehen d450	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	Transportmittel benutzen d470	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24	Sich waschen, seine Körperteile pflegen d510, d520	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25	Die Toilette benutzen d530	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	Sich kleiden d540	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27	Essen d550	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28	Trinken d560	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29	seine Gesundheit erhalten d5702	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen d620	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	Mahlzeiten vorbereiten d630	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32	Kleidung und Wäsche waschen und trocknen d6400	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
33	Wohnbereich reinigen d6402	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
34	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
35	Anderen helfen d660	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36	Respekt und Wärme in Beziehungen d7100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
37	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
38	Formelle Beziehungen d740	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39	Informelle Beziehungen d750 (Freunde, Nachbarn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40	Familienbeziehungen d760	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41	Intime Beziehungen d770	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42	Berufsausbildung d825	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit d840	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
44	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden d845	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
45	Bezahlte Tätigkeit d850	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46	Unbezahlte Tätigkeit d855	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48	Gemeinschaftsleben d910	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
49	Erholung und Freizeit d920	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50	Religion und Spiritualität d930	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51	Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
52	Umgang mit Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur *

a) Ziele von Herrn / Frau:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation: <input type="text"/>	Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz: <input type="text"/>
Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung: <input type="text"/>	Umweltfaktoren: <input type="text"/>

c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Ziel c1: <input type="text"/>	Ziel c2: <input type="text"/>
Indikator c1: <input type="text"/>	Indikator c2: <input type="text"/>

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Antrieb (b130)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mit Stress u.a. psych. Anforder. umgehen (d240)	- keine Beeinträchtigung ■ leichte Ausprägung ■■ mäßig ausgepr. Beeinträchtigung ■■■ erhebl. ausgepr. Beeinträchtigung ■■■■ voll ausgeprägte Beeinträchtigung x nicht spezifiziert / nicht anwendbar
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Aufmerksamkeit (b140)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d430)	
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Probleme lösen (d175)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Feinmotorischer Handgebrauch (d440)	
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Einzelaufgaben übernehmen (d210)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Transportmittel benutzen (d470)	
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mehrfachaufgaben übernehmen (d220)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d840)	
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Tägliche Routine durchführen (d230)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Arbeit erhalten, behalten, beenden (d845)	

f) Tätig im kommenden Jahr in:

Bezahlter Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung) <input type="text"/> Angestrebter / möglicher Umfang <input type="text"/> Std. / Woche regelmäßig an <input type="text"/> Tagen / Woche <input type="checkbox"/> auf dem 2. Arbeitsmarkt <input type="checkbox"/> auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung <input type="checkbox"/> Erster Arbeitsmarkt Sonstiges: <input type="text"/>	Unbezahlter Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung) <input type="text"/> Angestrebter / möglicher Umfang <input type="text"/> Std. / Woche regelmäßig an <input type="text"/> Tagen / Woche <input type="checkbox"/> Versorgung von Angehörigen / Kindern <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> ehrenamtliche Tätigkeit Sonstiges: <input type="text"/>
--	--

Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung (Umfang der Beeinträchtigung) <input type="text"/> Angestrebter / möglicher Umfang <input type="text"/> Std. / Woche regelmäßig an <input type="text"/> Tagen / Woche Kompetenzentwicklung in Bezug auf: <input type="checkbox"/> Berufliche Weiter- oder Ausbildung <input type="checkbox"/> Stärkung sozialer Kompetenz <input type="checkbox"/> Stärkung von Grundfähigkeiten Sonstiges: <input type="text"/>	Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur <input type="text"/>
--	--

g) Vorgehen im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Vorgehen für Ziel c1: <input type="text"/>	Vorgehen für Ziel c2: <input type="text"/>
---	---

Name

Vorname

Zeitraum von bis

Aktenzeichen

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:

(Bitte angeben, ob Einzelangebot, Kleinstgruppe, mit Einzelassistenz oder Gruppenangebot)

a) Persönliche Ziele inklusive Koordination

b) Selbstversorgung / Wohnen

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

12. Erbringung durch:

Nennung: Einrichtung / Dienst / Fachkraft / Nichtfachkraft selbständig (mit Assistenz)

a)

b)

c)

d)

13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs
(Zyklus, Höhe des Aufwands)

a)	Zyklus	Aufwand

b)	Zyklus	Aufwand

c)	Zyklus	Aufwand

d)	Zyklus	Aufwand

Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen

- Nachtwache
 Bereitschaftsdienst nachts
 Bereitschaftsdienst Wochenende
 Rufbereitschaft
 Krisendienste

Pflegeleistungen (siehe auch Zusatzbogen P)

14. Bisherige Erfahrungen der antragstellenden Person mit Hilfen:**15. Andere Sichtweisen skizzieren von** Leistungserbringer Angehörigen Betreuer*in**Ergänzende Hinweise des Bedarfsermittlers:****16. Koordination des ITP**

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Koordinierende Fachkraft:

Name

Telefon

Kontaktdaten

Vertretung:

Name

Telefon

Kontaktdaten

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen): schriftlich mündlich in Gesamtplankonferenzen**Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:****17. Erklärung der leistungsberechtigten Person****Der Weitergabe des ITP** wurde zugestimmt: Leistungserbringer: Leistungsträger: Sonstige: Ggf. keine Weitergabe an: Der/die Leistungsberechtigte verzichtet auf die Übersendung des ITP.

18. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):

- A** (Vorgeschichte / Abhängigkeit)
- B** (Vorgeschichte / Beruf)
- C** (Herausforderndes Verhalten / Kommunikationsbeeinträchtigung)
- P** (Pflegerische Unterstützung)

Datum / Unterschrift Ersteller*in

19. Überprüfung / Fortschreibung

a) **Übergreifende, persönliche Ziele**

Ziel: **Indikator:**

Ziel a1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel a2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

b) **Wohnen, Selbstversorgung**

Ziel: **Indikator:**

Ziel b1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel b2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

c) **Arbeit, Beschäftigung**

Ziel: **Indikator:**

Ziel c1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel c2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

d) **Freizeit**

Ziel: **Indikator:**

Ziel d1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: **Indikator:**

Ziel d2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Bewertung aus Sicht des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgende Ziele wurden erreicht:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum:

BearbeiterIn:

Unterschrift Leistungsträger: