Individuelles Hilfeplanverfahren des LWL

Erhebungsbogen (Bogen I)

|  |
| --- |
| Erstantrag  Folgeantrag  Aktenzeichen des LWL (falls bekannt) 60-/  Name  Vorname  Geb.-Dat.  PLZ  Wohnort  Straße  Telefon  Staatsangehörigkeit  Familienstand Beruf  Anzahl und Alter der Kinder  Rechtlicher Betreuer/ Person des Vertrauens  Name  Vorname  PLZ  Wohnort  Straße  Telefon  Umfang:  Gesundheitssorge  Aufenthalt  Vermögenssorge  Sonstiges:  Neben der antragstellenden Person wirkten bei der Erhebung des Bedarfs und der Hilfeplanung mit |

1. Art der Behinderung (Mehrfachnennungen möglich)

Lernbehinderung  Geistige Behinderung  Psychische/Seelische Behinderung

Verhaltensstörung  Körperliche Behinderung  Anfallsleiden  Autismus

Sehbehinderung  Hörbehinderung  Suchterkrankung

Sonstige Einschränkung

Hilfsmittelversorgung

Fach- oder amtsärztliche Unterlagen sind beigefügt.

Fach- oder amtsärztliche Unterlagen sind nicht beigefügt, da diese dem L W L auf Grund einer

anderen Leistungsgewährung (z. B. WfbM-Besuch) bereits vorliegen.

O. g. ärztliche Unterlagen liegen nicht vor

1. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI

anerkannt Pflegestufe:

beantragt, aber noch nicht entschieden

nicht beantragt, weil

nicht anerkannt  ambulant psychiatrische Pflege

1. Bisheriges häusliches und soziales Umfeld

lebt allein/eigene Wohnung  bei den Eltern/Familie/Pflegefamilie/Partner

wohnungslos  sonstige Wohnform

Unterstützung durch:

Eltern, Angehörige, Freunde  ambulanten Pflegedienst

Familienunterst. Dienst  Psychosozialen Dienst

Allgemeinen Sozialdienst  Sonstige:

1. Lebensbereich Wohnen

Bisherige Erfahrungen mit Wohnhilfen

Ambulante Betreuung: ja  von:  bis:

Wenn ja: Anzahl der bislang wöchentlich in Anspruch genommenen

Fachleistungsstunden :

Bisherige(r) Anbieter:

Kurzbeschreibung der Erfahrungen:

Stationäre Wohnerfahrung: ja  von:  bis:

Kurzbeschreibung der Wohnformen und Erfahrungen

Sonstige Wohnformen: ja  von:  bis:

Kurzbeschreibung der Wohnformen und Erfahrungen

Angestrebte Wohnform

Wohnen in einer Wohneinrichtung  Außenwohngruppe

Stationäres Einzelwohnen  Stationäres Paarwohnen

Ambulant Betreutes Wohnen  Ambulant Betreute Wohngemeinschaft

Ambulant Betreutes Paarwohnen

Sonstige Wohnform

# Bereich der lebenspraktischen Fertigkeiten

**I. Ist-Beschreibung**

|  |  |
| --- | --- |
| Körperpflege |  |
| Toilettenbenutzung |  |
| An- und Auskleiden |  |
| Aufstehen/Zubettgehen |  |
| Haushaltsführung |  |
| Einkaufen |  |
| Ernährung |  |
| Zubereitung von Mahlzeiten |  |
| Wäsche/Bügeln |  |
| Finanzielle/behördliche Angelegenheiten |  |

II. Vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen

Fähigkeiten in Bezug auf die angestrebte Wohnform

Weitere Unterstützung durch: Freunde, Familie, Nachbarn, etc. ist vorhanden

Hilfebedarf:

1. Lebensbereich Arbeit und Beschäftigung

I. Ist-Beschreibung

a. Freier Arbeitmarkt

b. Im Rahmen institutioneller Einbindung

in einer WfbM

in einer Tagesstätte f. psychisch beh. Menschen

Sonstiges

c. Sonstige Tagesstruktur

II. Perspektiven und Ressourcen

Angestrebte Perspektive

Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt

Arbeit in einer WfbM

Ausbildung

Tagestätte für psychisch behinderte Menschen

Tagesstruktur durch

Tagestruktur ist noch zu erarbeiten

Vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen

Mitwirkung bei der Arbeitssuche durch

Mitwirkung beim Kontakt zur Agentur für Arbeit

Eigenständige Orientierung in fremder Umgebung

Bus-/Zugfahren

Lesen, Schreiben, Rechnen

Manuelle Geschicklichkeit

Selbstständig aufstehen/Anziehen/Körperhygiene etc.

Sonstige Fähigkeiten

Hilfebedarf:

1. Lebensbereich Freizeit

I. Ist-Beschreibung

Freizeitgestaltung

in betreuten Gruppen  in Vereinen

mit Freunden/Bekannten  in Selbsthilfegruppen

Gemeinde  keine

Sonstiges:

Individuelle Schwerpunkte der Freizeitgestaltung

II. Perspektiven und Ressourcen

Angestrebte Perspektive

Hobbys

Veranstaltungen

Geselligkeit

Feiern

Reisen

Sonstiges

Vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen

Mitwirkung bei der Planung

Mitwirkung bei der Gestaltung durch Mitgliedschaft im Verein/Gruppe etc.

Bus-/Zugfahren

Mobilität durch Laufen, E-Rolli oder sonstiges gegeben

Eigenständige Orientierung in fremder Umgebung

Sonstige Fähigkeiten

Hilfebedarf:

1. Lebensbereich soziale Beziehungen

I. Ist-Beschreibung

Familie

Kontakte zu Verwandten und Familie (bitte eintragen)

Bei der Beziehungsgestaltung wird Hilfe benötigt bei:

Partnerschaftliche Beziehungen

die Beziehungsgestaltung in der Partnerschaft bedarf keiner Hilfe

bei der Aufnahme und Gestaltung von Beziehungen wird Hilfe benötigt bei:

Freundes- und Bekanntenkreis

Anzahl und Intensität der Kontakte (bitte eintragen)

bei der Aufnahme und Gestaltung von Beziehungen wird Hilfe benötigt bei:

Aufnahme und Gestaltung von Beziehungen am Arbeitsplatz/Tagesstruktur

Gelingt gut  gelingt eher nicht gut

bei derAufnahme und Gestaltung von Beziehungen wird Hilfe benötigt bei:

Aufnahme von Beziehungen zu fremden Menschen in Alltagssituationen

Gelingt gut  Gelingt eher nicht gut

bei der Aufnahme und Gestaltung von Beziehungen wird Hilfe benötigt bei:

II. Perspektiven und Ressourcen

Angestrebte Perspektive

Beziehungen in Familie / Partnerschaft bearbeiten

Neue Menschen kennen lernen

Sich öffnen können

Geselligkeit erleben

Angst überwinden

Menschen einschätzen können

Sonstiges

Vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen

Fähigkeit zu angemessenem Verhalten

Fähigkeit sprachlich zu kommunizieren

Orientierungsfähigkeit in der Gemeinde/Region

Eigenständige Orientierung in fremder Umgebung

Verkehrssicherheit

Kritikfähigkeit

Fähigkeit zur Konfliktprävention/Konfliktbearbeitung

Sonstige Fähigkeiten

Hilfebedarf

1. Besonderer Hilfebedarf  
   (in Bezug auf die unter Ziff. 1 benannte Behinderungsart und soweit nicht in vorhergehenden Bereichen bereits abgebildet)

Psychische Beeinträchtigungen

I. Ist-Beschreibung

liegen vor  liegen nicht vor

Depressive Verstimmungen

Antriebsminderung

Angst/Panik

Gemindertes Selbstwertgefühl

Wahnerleben/Halluzinationen

Emotionale Destabilität

Fehlende Sinnorientierung

Suchtverhalten folgender Art

Selbstgefährdung  Fremdgefährdung

Sonstige psychische Beeinträchtigungen

II. Perspektiven und Ressourcen

Angestrebte Perspektive

Vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen

Krankheitseinsicht vorhanden

Krankheitseinsicht wechselhaft

Fähigkeit sich mit der Beeinträchtigung auseinander zu setzen

Motivation zu Veränderung der Lebenssituation

Anbindung an Selbsthilfegruppe/Tagesstätte/Kontakt u. Beratungsstelle ist gegeben

Absprachefähigkeit

Fähigkeit, in Krisensituationen Hilfe anzunehmen

Sonstige Fähigkeiten

Hilfebedarf:

Gesundheitssorge

I. Ist-Beschreibung

Arzttermine werden selbstständig vereinbart und eingehalten

Medikamente werden selbstständig eingenommen

Ärztliche und therapeutische Verordnungen werden selbstständig umgesetzt

Krankheitsbedingte, körperliche Grenzen werden erkannt

Selbstständiger Umgang mit verordneten Hilfsmitteln ist gegeben

Verordnete Diäten werden eingehalten

Folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen liegen vor:

Folgende stationären Behandlungen wurden in Anspruch genommen

Stationäre psychiatrische Behandlungen ( Anzahl und Dauer)

Stationäre Entwöhnungshandlungen ( Anzahl und Dauer)

II. Perspektiven und Ressourcen

Angestrebte Perspektive

Gesundheitserhaltenden Lebensstil umsetzen

Vorhandene Krankheiten kurieren

Angst vor Krankenhausaufenthalten oder ärztlicher Behandlung überwinden

Diagnosen und Verordnungen verstehen

Vor- und Nachsorgeuntersuchungen wahrnehmen

Sonstiges

Vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen

Krankheitseinsicht bzgl. der Medikamenteneinnahme ist gegeben

Fähigkeit sich mit der Beeinträchtigung auseinander zu setzen

Sonstige Fähigkeiten

Hilfebedarf:

1. Datenschutz

Das Merkblatt „Datenschutzrechtliche Hinweise“ wurde der/dem Antragstellerin/Antragsteller und/oder der gesetzlichen Vertretung ausgehändigt.

Die Entbindungserklärung von der Schweigepflicht wurde der/dem Antragstellerin/Antragsteller und/oder der gesetzlichen Vertretung ausgehändigt, und

ist unterschrieben als Anlage beigefügt

wird von der/dem Antragstellerin/Antragsteller bzw. von der gesetzlichen Vertretung unmittelbar dem LWL übersandt.

die Unterschrift auf der Entbindungserklärung wird verweigert

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Fachdienst

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift rechtl. Betreuer

**Anlagen** siehe Seite 10

# Anlagen

•Medizinische Stellungnahme

beigefügt

wird vom / von der Antragsteller/in dem L W L unmittelbar zugeleitet

• Persönliche Stellungnahme/Selbsteinschätzung der / des Antragstellerin / Antragstellers

beigefügt

wird vom / von der Antragsteller/in dem L W L unmittelbar zugeleitet

• Sonstiges, und zwar

beigefügt

wird vom / von der Antragsteller/in unmittelbar dem LWL zugeleitet