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 VertrauensName  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