LWL-Behindertenhilfe Westfalen

Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Lebensbereich 1: Basisversorgung, Mobilität, wirtschaftliche Angelegenheiten

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Grad der Zielerreichung

-2 = viel weniger als erwartet
-1 = weniger als erwartet
0 = erwartungsgemäß
+1 = mehr als erwartet
+2 = viel mehr als erwartet

Nahziel/Nahziele (SMART)	**Termin** (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	**eingesetzte Maßnahme(n)**	**Einschätzung zur Zielerreichung** -2	-1	0	+1	+2
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

Darstellung des Verlaufs

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
Nahziel/Nahziele **→ bitte beachten Sie die SMART Kriterien**	**Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart**	**Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)**

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Lebensbereich 2: Teilhabe: Arbeit / Beschäftigung, Ausbildung / Schule

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Grad der Zielerreichung

-2 = viel weniger als erwartet
-1 = weniger als erwartet
0 = erwartungsgemäß
+1 = mehr als erwartet
+2 = viel mehr als erwartet

Nahziel/Nahziele (SMART)	**Termin** (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	**eingesetzte Maßnahmen(n)**	**Einschätzung zur Zielerreichung** -2 -1 0 +1 +2
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Darstellung des Verlaufs

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
Nahziel/Nahziele **→ bitte beachten Sie die SMART Kriterien**	**Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart**	**Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)**

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Lebensbereich 3: Teilhabe: soziale Beziehungen, Freizeitgestaltung

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Grad der Zielerreichung

-2 = viel weniger als erwartet
-1 = weniger als erwartet
0 = erwartungsgemäß
+1 = mehr als erwartet
+2 = viel mehr als erwartet

Nahziel/Nahziele (SMART)	**Termin** (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	**eingesetzte Maßnahmen(n)**	**Einschätzung zur Zielerreichung** -2 -1 0 +1 +2
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Darstellung des Verlaufs

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
Nahziel/Nahziele **→ bitte beachten Sie die SMART Kriterien**	**Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart**	**Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)**

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Lebensbereich 4: Teilhabe: familiäre Beziehungen, persönliche Partner(in), Freunde und Bekannte

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Grad der Zielerreichung

-2 = viel weniger als erwartet
-1 = weniger als erwartet
0 = erwartungsgemäß
+1 = mehr als erwartet
+2 = viel mehr als erwartet

Nahziel/Nahziele (SMART)	Termin (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	eingesetzte Maßnahmen(n)	Einschätzung zur Zielerreichung -2	-1	0	+1	+2
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

Darstellung des Verlaufs

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
Nahziel/Nahziele **→ bitte beachten Sie die SMART Kriterien**	**Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart**	**Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)**

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Lebensbereich 5: Umgang mit der eigenen Person

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Grad der Zielerreichung

-2 = viel weniger als erwartet
-1 = weniger als erwartet
0 = erwartungsgemäß
+1 = mehr als erwartet
+2 = viel mehr als erwartet

Nahziel/Nahziele (SMART)	**Termin** (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	**eingesetzte Maßnahmen(n)**	**Einschätzung zur Zielerreichung** -2 -1 0 +1 +2
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐
			☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Darstellung des Verlaufs

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
Nahziel/Nahziele **→ bitte beachten Sie die SMART Kriterien**	**Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart**	**Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)**

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Lebensbereich 6: Geistige und psycho-mentale Situation aufgrund der chronischen Erkrankung

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Grad der Zielerreichung

-2 = viel weniger als erwartet
-1 = weniger als erwartet
0 = erwartungsgemäß
+1 = mehr als erwartet
+2 = viel mehr als erwartet

Nahziel/Nahziele (SMART)	Termin (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	eingesetzte Maßnahmen(n)	Einschätzung zur Zielerreichung -2	-1	0	+1	+2
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

Darstellung des Verlaufs

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
Nahziel/Nahziele **→ bitte beachten Sie die SMART Kriterien**	**Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart**	**Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)**

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Gesamtbewertung:

Betrachten Sie bitte die Lebens- und Teilhabesituation des Klienten/der Klientin im letzten Hilfezeitraum.
Treffen Sie eine Einschätzung zur Entwicklung insgesamt:

Die Teilhabesituation hat sich aus Sicht des Leistungsanbieters wie folgt entwickelt:

hat sich verbessert	ist stabil geblieben	hat sich verschlechtert
☐	☐	☐

Weitere Leistungen:

Nach unserer derzeitigen fachlichen Einschätzung benötigt der Klient/die Klientin weiterhin Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe

☐ Nein

☐ Ja ☐ stationär in der bisherigen Form

☐ Änderung: _____

☐ Ambulant betreutes Wohnen mit folgender Fachleistungsstundenzahl und Zeitraum

FLS: _____ Zeitraum: _____

☐ Sonstiges:
_____

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Datum

Stempel der Einrichtung/des Dienstes und Unterschrift

Erklärung des Klienten / der Klientin :

Der vorstehende Bericht zu den eingesetzten und geplanten Maßnahmen, Leistungen und Zielen wurde mir/uns zur Kenntnis gegeben und mit mir/uns besprochen.

☐ Ich wünsche /wir wünschen, dass die o.g. betreuende Einrichtung/ambulanter Dienst dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe den Bericht zuleitet.

☐ Ich werde/wir werden den Bericht dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe übersenden.

Datum

Unterschrift des Klienten/der Klientin

Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in

Anhang

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Aspekte zur Betrachtung der Lebensbereiche

1 Basisversorgung, Mobilität, wirtschaftliche Angelegenheiten

- Körperpflege
- Toilettenbenutzung
- sich kleiden
- Aufrechterhaltung des Tag-Nachtrhythums
- Einkaufen
- Zubereitung von Mahlzeiten
- Essen / Trinken
- Kleidung und Wäsche waschen und trocknen
- den Wohnbereich reinigen
- Mobilität
- Transportmittel benutzen
- Umgang mit Geld

2 Teilhabe: Arbeit / Beschäftigung / Ausbildung / Schule

- Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
- Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
- Bezahlte Tätigkeit
- Unbezahlte Tätigkeit

3 Teilhabe: Soziale Beziehungen, Freizeitgestaltung

- Gemeinschaftsleben
- Erholung und Freizeit
- Religion und Spiritualität

4 Teilhabe: Familiäre Beziehungen, persönliche Partner(in), Freunde u. Bekannte

- mit Fremden umgehen
- mit Autoritätspersonen umgehen
- Familienbeziehungen
- Beziehungen zu Freunden
- Beziehungen zu Nachbarn/Bekannten
- Beziehungen zu Mitbewohnern
- Intime Beziehungen *(Partnerschaft)*

5 Umgang mit der eigenen Person

- Ernährung und Fitness handhaben
- die eigene Gesundheit beobachten
- zum Arzt gehen
- Ausführung ärztlicher u. therapeutischer Verordnungen
- Spezielle pflegerische Erfordernisse
- Umgang mit Hilfsmitteln
- Gefahreneinschätzung

6 Geistige und psychomentale Situation

- Aufmerksamkeit fokussieren
- Lesen, Schreiben, Rechnen
- Psychomotorische Kontrolle
- Artikulation und Sprechen
- Orientierung zur Zeit/Ort/Person
- Funktionen des Gedächtnisses / Denkens
- Wahrnehmung
- Umgänglichkeit
- Gewissenhaftigkeit
- Psychische Stabilität
- Selbstvertrauen
- Antrieb / Motivation
- mit Verantwortung umgehen
- mit Krisensituationen/Stress umgehen
- Probleme (erkennen, ansprechen, bearbeiten) lösen
- Entscheidungen treffen
- Absprachen treffen
- die tägliche Routine durchführen
- Drang nach Suchtmitteln
- Impulskontrolle (Selbst- und Fremdgefährdung)
- Angemessenheit der Emotionen
- Einsichtsvermögen