

Individuelles Hilfeplanverfahren des LWL

Erhebungsbogen (Bogen I)

Erstantrag <input type="checkbox"/>	Folgeantrag <input type="checkbox"/>		
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:	<input type="checkbox"/> Gesundheitsorge	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge
	<input type="checkbox"/> 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 beigelegt.

Fach- oder amtsärztliche Unterlagen sind **nicht** beigelegt, da diese dem L W L auf Grund einer anderen Leistungsgewährung (z. B. WfbM-Besuch) bereits vorliegen.

O. g. ärztliche Unterlagen liegen nicht vor

2. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI

- anerkannt Pflegestufe: _____
- beantragt, aber noch nicht entschieden
- nicht beantragt, weil _____
- nicht anerkannt ambulant psychiatrische Pflege

3. 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: _____

4. 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
- Stationäres Einzelwohnen
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Ambulant Betreutes Paarwohnen
- Sonstige Wohnform _____
- Außenwohngruppe
- Stationäres Paarwohnen
- Ambulant Betreute Wohngemeinschaft

5. 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:

6. Lebensbereich Arbeit und Beschäftigung

I. Ist-Beschreibung

a. Freier Arbeitsmarkt

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
- Tagesstätte für psychisch behinderte Menschen
- Tagesstruktur durch _____
- Tagesstruktur 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: _____

7. 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: _____

8. 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 der Aufnahme 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 _____

9. 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

Gemindertem 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 Entwöhnungsbehandlungen (Anzahl und Dauer)

II. Perspektiven und Ressourcen

Angestrebte Perspektive

- Gesundheitserhaltenden Lebensstil umsetzen
- Vorhandene Krankheiten kurieren
- Angst vor Krankenhausaufenthalt 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: _____

10. 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 11

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