**LWL-Behindertenhilfe Westfalen**

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

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

**Teilhabefortschreibung** Einschätzung der Zieleerreichung des Klienten / der Klientin

## Was ich erreicht habe

Bitte schätzen Sie ein, wie viel Sie in Bezug auf Ihre Ziele erreicht haben.

**Meine Ziele**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## Das hat mir geholfen

Bitte schildern Sie, was Sie bei der Erreichung ihrer Ziele unterstützt hat.

## Das hat mich gehindert

Bitte schildern Sie, was Sie bei der Erreichung ihrer Ziele gehindert hat.

## Ich habe neue Ziele

Bitte schildern Sie, welche Ziele Sie zukünftig erreichen möchten.

Ort, Datum Unterschrift ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in