

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:	Gesundheitsorge 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 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

Außenwohngruppe

Stationäres Einzelwohnen

Stationäres Paarwohnen

Ambulant Betreutes Wohnen

Ambulant Betreute Wohngemeinschaft

Ambulant Betreutes Paarwohnen

Sonstige Wohnform _____

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

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: _____

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