für den Zeitraum vom bis

1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

Name Vorname

Straße

Postleitzahl Wohnort

E-Mail

Telefon

geboren am Geburtsort

Schulbildung

Beruf Staatsangehörigkeit

AZ

Familienstand / Kinder / Situation:

Nächste/r Angehörige/r (bzw. Nächste Bezugsperson):

Name Verwandtschaftsstatus

Straße Telefon

Postleitzahl Wohnort

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

☐ nein ja, und zwar:

☐ gesetzl. Betreuer

☐ Bevollmächtigung

Wenn ja:

Name Vorname

Straße Telefon

Postleitzahl Wohnort

E-Mail

Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellungsurkunde):

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen, Umfeldhilfen (z.B. Wohnsituation mit Angehörigen):

Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situationseinschätzung, Ziele, Vorgehen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

☐ schriftlich ☐ mündlich

☐ in Gesamtplankonferenzen

Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:

War eine koordinierende Stelle / Person für die Planung benannt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, folgende Stelle/Person:

Behinderung aufgrund:

☐ körperlicher Beeinträchtigung

☐ seelischer Beeinträchtigung

☐ geistige Beeinträchtigung

☐ Beeinträchtigung der Sinne

Zusätzliche begleitende Behinderung aufgrund:

☐ körperlicher Beeinträchtigung

☐ seelischer Beeinträchtigung

☐ geistige Beeinträchtigung

☐ Beeinträchtigung der Sinne

☐ GdB vorhanden, Umfang: Merkzeichen:

☐ noch kein sozialmedizinisches / amtsärztliches Gutachten vorhanden

☐ Leistungen nach SGB V ☐ Leistungen nach SGB VIII

☐ Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad:)

Ggf. Erläuterungen (z.B. *Suchterkrankung, Lernbeeinträchtigung, herausforderndes Verhalten*):

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

3. Ziele von Herrn/Frau

Bitte auswählen:

	Wohnsituation	Arbeitssituation / Tagesstruktur
Aktueller Stand		
Veränderungen im Planungszeitraum		
Langfristig geplante Veränderungen		

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die vereinbarten Ziele und ihre Voraussetzungen beziehen.

4.1 Übergreifende persönliche Situation:

4.2 Aktuelle Probleme der Teilhabe aus den Bereichen: z.B. Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

4.3 Ressourcen und Barrieren im Umfeld aus den Bereichen: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), Hilfsmittel (e115), usw.

4.4 Ressourcen oder Beeinträchtigung Beziehungen aus den Bereichen: Familie (e310, 315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Nachbarn / Kollegen (e325), Vorgesetzte (e330), usw.

5. Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

Bitte einen Zielbereich auswählen und in dem Textfeld stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und einen konkreten Indikator für das jeweilige Ziel eintragen:

a) Übergreifende persönliche Ziele:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten der Person und / oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

ICF Kapitel Aktivität

1. Lernen / Wissensanwendung
2. Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
3. Kommunikation
4. Mobilität
5. Selbstversorgung
6. Häusliches Leben
7. Interpersonelle Interaktionen
8. Bedeutende Lebensbereiche
9. Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

Erläuterungen

- – keine Beeinträchtigung
- • leichte Ausprägung
- •• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- ••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- •••• voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- Ø nicht spezifiziert / nicht anwendbar

8. Vorhandene u. zu aktivierende nichtprofessionelle Hilfen im Umfeld

- – keine aktivierbare Hilfe
- • mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- •• mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- ••• Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen

- – keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- • Information, Orientierung, Anleitung
- •• Kompensation / Übernahme
- ••• individuelle Planung und Feedback
- •••• begleitende, übende Unterstützung
- ••••• regelmäßige und personenbez. Hilfe
- + Assistenzleistung
- ++ Assistenz zur Eigenständigkeit

	Fähigkeiten ☑		Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung			
I. Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)				Wer?		Ggf. prof. Kommentar
a) Antrieb (b130 ff)						
b) Psychische Stabilität (b 1263)						
c) Emotionales Erleben (b 152)						
d) Inhalt und Kontrolle des Denkens (b 160 ff)						
e) Drang nach Suchtmitteln (b 1303)						
f) Impulskontrolle (Selbst- / Fremdschädigung (b 1304)						
g) Funktionen des Gehens (b 770)						
h) Orientierung räumlich/zeitlich (b 114)						
i) Funktion des Sehens (b 210)						
j) Funktion des Hörens (b 230)						
k) Beeinträchtigung Körperfunktionen						
l) Höhere kognitive Funktionen (b 164)						
m) Aufmerksamkeit (b 140)						
n) Gedächtnis (b 144)						
1 o) Lesen und Schreiben (d 166, d 170)						
1 p) Rechnen, Zahlenverständnis (d 172)						
2 q) Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)						
3 r) Kommunikation (d 310, d 330)						
4 s) Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)						
II. Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen (ICF)			**Bezogen auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen**			
7 a) Familienbeziehungen (d 760)						
7 b) Allgemeine Beziehungskompetenz (d 710)						
7 c) Partnerbeziehungen (d 770)						
7 d) Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)						
7 e) Beziehungen zu Bekannten / Freunden (d 750)						
7 f) Formelle Beziehungen Arbeit (d 740)						
III. Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe (nach ICF) in: Selbstsorge / Wohnen, Arbeit / Tätigkeit / Tagesgestaltung, Freizeit / Teilhabe an Gesellschaft			**Bezogen auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe in den Lebensfeldern: Selbstsorge / Wohnen, Arbeit / Tätigkeit / Tagesgestaltung, Freizeit / Teilhabe an Gesellschaft**			
4 a) sich in versch. Umgebungen fortbewegen (d 460)						
4 b) Transportmittel benutzen (d 470)						
5 c) Essen, Essverhalten (d 550)						
5 d) Trinken (d 560)						
5 e) sich waschen und den Körper pflegen (d 510, d 520)						
5 f) die Toilette benutzen (d 530)						
5 g) sich kleiden (d 540)						
5 h) auf seine Gesundheit achten (d 570)						
6 i) Einkaufen (d 620)						
6 j) Mahlzeit zubereiten (d 630)						
6 k) Hausarbeiten erledigen und Haushaltsgegenstände pflegen (d 650, d 640)						
8 l) Umgang mit Geld / Kontoführung (d 860, d 865)						
8 m) Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)						
8 n) Aufgaben des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff)						
8 o) bezahlte Tätigkeit (d 850)						
8 p) unbezahlte Tätigkeit / Beschäftigung (d 855)						
8 q) Schulbildung / Berufsausbildung (d 825, 830, 839)						
9 r) Gemeinschaftsleben (d 910)						
9 s) Erholung und Freizeit (d 920)						
9 t) Religion und Spiritualität (d 930)						
9 u) Bürgerrechte (d 950)						
v) Arztbesuche (e 580)						
w) Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden (e 570)						

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

10. Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur *

a) Ziele von Herrn / Frau:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftgung / Tagesstruktur

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation:

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung:

Umfeldfaktoren:

c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

- ☐ ____ Transportmittel benutzen (d 470)
- ☐ ____ Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)
- ☐ ____ Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845)
- ☐ ____ Antrieb (b 130)
- ☐ ____ Aufmerksamkeit (b 140)
- ☐ ____ Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)
- ☐ ____ Einzelaufgaben übernehmen (d 210)
- ☐ ____ Mehrfachaufgaben übernehmen (d 220)
- ☐ ____ Tägliche Routine durchführen (d 230)
- ☐ ____ Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)
- ☐ ____ Probleme lösen (d 175)
- ☐ ____ Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)

f) Tätig im kommenden Jahr in:

Bezahlter Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung) ____

Angestrebter / möglicher Umfang ____ Std. / Woche
regelmäßig an ____ Tagen / Woche

- ☐ auf dem 2. Arbeitsmarkt
- ☐ auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- ☐ Erster Arbeitsmarkt

Sonstiges:

Unbezahlter Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung) ____

Angestrebter / möglicher Umfang ____ Std. / Woche
regelmäßig an ____ Tagen / Woche

- ☐ Versorgung von Angehörigen / Kindern
- ☐ Praktikum
- ☐ ehrenamtliche Tätigkeit

Sonstiges:

Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung (Umfang der Beeinträchtigung) ____

Angestrebter / möglicher Umfang ____ Std. / Woche
regelmäßig an ____ Tagen / Woche

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

- ☐ Berufliche Weiter- oder Ausbildung
- ☐ Stärkung sozialer Kompetenz
- ☐ Stärkung von Grundfähigkeiten

Sonstiges:

Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur

g) aktivierbare nichtprofessionelle Hilfen im Umfeld

h) Vorgehen

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

*Bitte den Ergänzungsbogen zur Vorgeschichte Beruf (B) benutzen.

Name | Vorname | Zeitraum bis

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche: (Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)	12. Erbringung durch: **Benennung:** Einrichtung / Dienst / Fachkraft / Mitarbeiter selbständig (mit Assistenz)	13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs (Zyklus, Höhe des Aufwands)
a) übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination	a)	a) bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen
b) Selbstversorgung / Wohnen	b)	b) bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen
c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur	c)	c) bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen
d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	d)	d) bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen; bitte auswählen / bitte auswählen

Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen

☐ Nachtwache ☐ Bereitschaftsdienst nachts ☐ Bereitschaftsdienst Wochenende ☐ Rufbereitschaft ☐ Krisendienste

Pflegeleistungen (siehe auch Zusatzbogen P)

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

14. Bisherige Erfahrungen / andere Sichtweisen der Klientin / des Klienten mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von ☐ Mitarbeiterin/Mitarbeiter ☐ Angehörige:

16. Erstellung und Koordination des ITP

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Datum, Ersteller:

Koordinierende Bezugsperson:

Name | Telefon

Anschrift

Vertretung:

Name | Telefon

Anschrift

17. Erklärung der leistungsberechtigten Person

Den Gesamtplan habe ich am _____ erhalten

Die im Gesamtplan formulierten Bedarfe, Ziele und Maßnahmen

☐ werden von mir unterstützt

☐ können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

☐ **Ich bin damit einverstanden**, dass der Gesamtplan den folgenden am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:

Gesetzl. Betreuer: | Bevollmächtigter:

Hinweis auf die Mitwirkungsverpflichtung

Derjenige der Sozialleistungen beantragt oder erhält, ist verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Er hat auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Werden diese Mitwirkungspflichten verletzt, kann der Sozialleistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

Alle gemachten Angaben in diesem ITP dienen der Planung der Teilhabeleistungen für den Vereinbarungszeitraum. Angaben, die in keinem Bezug zu den vereinbarten Zielen stehen, sind nicht erforderlich.

Datum | Unterschrift | ggf. Unterschrift gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigte/r

ITP® Mecklenburg-Vorpommern

Name | Vorname | Zeitraum bis

7a

18. Bewertung des ITP durch Klient / Klientin

Übergreifende persönliche Ziele

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Wohnen Selbstversorgung

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Arbeit, Beschäftigung

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Freizeit

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Bewertung Klient / Klientin:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum: | Assistenz beim Ausfüllen durch:

☐ **Antrag auf Weiterbewilligung**

Unterschrift der Klientin / des Klienten:

ITP® Mecklenburg-Vorpommern

Name | Vorname | Zeitraum bis

7b

19. Bewertung des ITP durch Fachkraft des Leistungserbringers

Übergreifende persönliche Ziele

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:
Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:
Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Wohnen Selbstversorgung

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:
Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:
Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Arbeit, Beschäftigung

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:
Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:
Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Freizeit

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:
Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:
Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Bewertung Fachkraft des Leistungserbringers:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum: | BearbeiterIn:

Unterschrift der Fachkraft:

ITP® Mecklenburg-Vorpommern

Name | Vorname | Zeitraum bis

7c

20. Bewertung des ITP durch den Leistungsträger

Übergreifende, persönliche Ziele

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Klientensicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Klientensicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Wohnen, Selbstversorgung

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Klientensicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Klientensicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Arbeit, Beschäftigung

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Klientensicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

EGH: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Klientensicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Freizeit

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Klientensicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Ziel: Ziel: **Indikator:** Indikator:

Klientensicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Trägersicht: Ziel wurde: Bitte wählen Sie aus | Ziel soll: Bitte wählen Sie aus: | Indikator soll: Bitte wählen Sie aus:

Bewertung aus Sicht des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgende Ziele wurden erreicht:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum: | BearbeiterIn:

☐ **Antrag auf Weiterbewilligung wird unterstützt**

Unterschrift Leistungsträger:

21. Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Zu diesem ITP wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):

- ☐ **A** (Vorgeschichte / Abhängigkeit)
- ☐ **B** (Vorgeschichte / Beruf)
- ☐ **C** (Herausforderndes Verhalten / Kommunikationsbeeinträchtigung)
- ☐ **D** (Rechtliche Aufklärung zum Datenschutz)
- ☐ **P** (Pflegeplanung)

Datum/Unterschrift: