für den Zeitraum vom bis

## 1. Sozialdaten

Kind/Jugendliche:

Name | Vorname

Straße

Postleitzahl | Wohnort

E-Mail

Telefon

geboren am | Geburtsort

Schule

ggf. Schul-, Ausbildungsabschluss | Staatsangehörigkeit

Familiäre Situation

Wichtigste Bezugsperson

Bemerkungen:

**Wo lebt Kind / Jugendliche?**

Name | Verwandtschaftsstatus / Pflegestelle / Einrichtung

Straße | Telefon

Postleitzahl | Wohnort

**Sorgerechtssituation** ☐ alleinig ☐ geteilt

Name | Vorname

Straße | Telefon

Postleitzahl | Wohnort

E-Mail **Wirkungs- / Aufgabenkreis des Sorgerechtsinhabers:**

Name | Vorname

Straße | Telefon

Postleitzahl | Wohnort

E-Mail **Wirkungs- / Aufgabenkreis des 2. Sorgerechtsinhabers:**

## 2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen der Jugendhilfe / EGH:

Gab es bisher schon fachliche Abstimmungen bzgl. Situationseinschätzung, Ziele, Vorgehen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

☐ schriftlich ☐ mündlich ☐ in Gesamtplankonferenzen

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

War eine koordinierende Stelle / Person benannt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, folgende Stelle/Person:

**Gefährdung des Ki/Ju durch:**

- ☐ körperliche Beeinträchtigung
- ☐ kognitive und Lernbeeinträchtigung
- ☐ seelische Beeinträchtigung
- ☐ ungesicherter Aufenthaltsstatus
- ☐ gravierende Vernachlässigung
- ☐ traumatisches Erleben / Missbrauchserfahrung
- ☐ herausforderndes Verhalten
- ☐ misshandelnde Bezugsperson (auch peer-Group)

**Beeinträchtigungen der Erziehungsperson:**

- ☐ körperliche Beeinträchtigung
- ☐ geistige Beeinträchtigung
- ☐ seelische Beeinträchtigung
- ☐ Substanzmissbrauch / Abhängigkeit
- ☐ GdB Kind / Jugendliche vorhanden
- ☐ GdB Erziehende vorhanden
- ☐ noch kein sozialmedizinisches Gutachten vorhanden
- ☐ ggf. Erläuterungen

☐ Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad: )

☐ Leistungen nach SGB V

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

## 3. Ziele von

Kind / Jugendliche:

Erziehenden:

Bitte auswählen:

| | Lebensformen | Bildungssituation |
|---|---|---|
| Aktueller Stand | | |
| Veränderungen im Planungszeitraum | | |
| Langfristig geplante Veränderungen | | |

## 4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Ki/Ju

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 in der Erziehungssituation aus den Breichen:** Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden:

**4.3 Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehenden aus den Bereichen:** Materielle Situation / Vermögenswerte (e 165), Mobilität (e 120), Kommunikation (e 125):

**4.4 Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen des Ki/Ju aus den Bereichen:** Familie (e 310, e 315), Freunde (e 320), persönliche Hilfspersonen (e 340), Lehrer / Ausbilder (e 1300), Bildungsstruktur (e 5851):

## 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:
Ziel: Ki/Ju

Indikator:
Indikator: Ki/Ju

Ziel:
Ziel: Erziehende

Indikator:
Indikator: Erziehende

**b) Selbstversorgung / Wohnen:**

Ziel:
Ziel: Ki/Ju

Indikator:
Indikator: Ki/Ju

Ziel:
Ziel: Erziehende

Indikator:
Indikator: Erziehende

**c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur:**

Ziel:
Ziel: Ki/Ju

Indikator:
Indikator: Ki/Ju

Ziel:
Ziel: Erziehende

Indikator:
Indikator: Erziehende

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

Ziel:
Ziel: Ki/Ju

Indikator:
Indikator: Ki/Ju

Ziel:
Ziel: Erziehende

Indikator:
Indikator: Erziehende

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

| I. Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF) | Fähigkeiten ☑ | Erläuterungen | Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung | 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 Bildung / Tagesstruktur

**a1) Ziele von** Kind / Jugendliche:

**a2) Ziele von** Erziehenden:

### b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Bildung / Tagesstruktur

Persönliche Bildungssituation:

Soziale Beziehungen Schule:

Einschränkungen bei Bildung:

Umfeldfaktoren:

### c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Bildung / Tagesstruktur

Ziel: Ki/Ju

Indikator: Ki/Ju

Ziel: Erziehende

Indikator: Erziehende

### d) personenbezogene Ressourcen

### e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

- ☐ Transportmittel benutzen (d 470)
- ☐ Informelle Bildung (d 810)
- ☐ Vorschulerziehung (d 815)
- ☐ Schulbildung (d 820)
- ☐ Theoretische Berufsausbildung (d 825)
- ☐ Höhere Bildung (d 830)
- ☐ Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)
- ☐ Antrieb (b130)
- ☐ Aufmerksamkeit (b 140)
- ☐ Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)
- ☐ Lesen lernen (d 140)
- ☐ Schreiben lernen (d 145)
- ☐ Rechnen lernen (d 150)
- ☐ Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)
- ☐ Probleme lösen (d 175)
- ☐ Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d 430)

### f) Geplante Bildung / Ausbildung im kommenden Jahr:

**Schule / Arbeit / Ausbildung**
Angestrebter / möglicher Umfang ☐ Std. / Woche
regelmäßig an ☐ Tagen / Woche
*Zum Beispiel:* in geschützter Tätigkeit, Schulform, Ausbildung:

**Höhere Schulbildung**
Angestrebter / möglicher Umfang ☐ Std. / Woche
regelmäßig an ☐ Tagen / Woche
*Zum Beispiel:* Oberstufe, Hochschulausbildung:

**Vorbereitung der Berufsausbildung**
Angestrebter / möglicher Umfang ☐ Std. / Woche
regelmäßig an ☐ Tagen / Woche
*Zum Beispiel:* Praktikum, Förderungsmaßnahme, Kompetenzentwicklung:

**Andere Tagesstruktur**
Angestrebter / möglicher Umfang ☐ Std. / Woche
regelmäßig an ☐ Tagen / Woche
*Zum Beispiel:* ehrenamtliche Tätigkeit, Mutterschutz, Versorgung von Angehörigen / Kindern:

### g) aktivierbare Hilfen im Umfeld

### h) Vorgehen

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

| 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 auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl |
| b) Selbstversorgung / Wohnen | b) | b) bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl |
| c) Bildung/Tagesstuktur/ggfs. Arbeit | c) | c) bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl |
| d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben | d) | d) bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl / bitte auswähl |

**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 des Ki/Ju mit Hilfen:

## 15. Andere Sichtweisen skizzieren von ☐ Mitarbeiterin/Mitarbeiter ☐ Erziehende:

## 16. Erklärung der sorgeberechtigten Person

**Datum, Ersteller:**

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

**Koordinierende Bezugsperson / Fachkraft:**

Name | Telefon

Anschrift

**Vertretung:**

Name | Telefon

Anschrift

**Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart:** ☐ **ja** ☐ **nein**

**unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:**

Den Gesamtplan habe ich am _____ erhalten.

Der Gesamtplan wird zur Durchführung der Maßnahmen/Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch XII und VIII benötigt.
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 Beteiligten zur Verfügung gestellt wird:

ggf. weitere Sorgeberechtigte

Leistungserbringer / Fachkräfte

Andere Sozialleistungsträger

☐ Wenn nicht einverstanden, bitte die Beteiligten eintragen, welchen der Teilhabeplan nicht zur Verfügung gestellt werden soll:

## 17. 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 weitere Sorgeberechtigte

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

## 18. Bewertung des ITP durch Kind / Jugendliche*n

### Übergreifende persönliche Ziele

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

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

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

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

### Wohnen Selbstversorgung

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

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

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

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

### Arbeit, Beschäftigung

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

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

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

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

### Freizeit

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

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

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

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

**Bewertung Kind / Jugendliche*r:**

**Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

Auswertungsdatum: | Assistenz beim Ausfüllen durch:

☐ **Antrag auf Weiterbewilligung**

Unterschrift der Klientin / des Klienten:

Name | Vorname | Zeitraum bis



## 19. Bewertung des ITP durch Fachkraft

### Übergreifende persönliche Ziele

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

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

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

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

### Wohnen Selbstversorgung

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

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

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

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

### Arbeit, Beschäftigung

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

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

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

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

### Freizeit

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

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

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

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

**Bewertung Fachkraft:**

**Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

Auswertungsdatum: | BearbeiterIn:

Unterschrift der Fachkraft:

ITP® Ki/Ju Mecklenburg-Vorpommern

Name | Vorname | Zeitraum bis

**7c**

## 20. Bewertung des ITP durch EGH

### Übergreifende persönliche Ziele

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju | **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **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: Erziehende | **Indikator:** Indikator: Erziehende

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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: |

### Wohnen Selbstversorgung

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju | **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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: Erziehende | **Indikator:** Indikator: Erziehende

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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: |

### Arbeit, Beschäftigung

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju | **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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: Erziehende | **Indikator:** Indikator: Erziehende

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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: |

### Freizeit

**Ziel:** Ziel: Ki/Ju | **Indikator:** Indikator: Ki/Ju

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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: Erziehende | **Indikator:** Indikator: Erziehende

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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: |

**Bewertung EGH Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:**

**Folgende Ziele wurden erreicht:**

**Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:**

Auswertungsdatum: | BearbeiterIn:

☐ **Antrag auf Weiterbewilligung wird unterstützt**

Unterschrift EGH:

## 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: