

Hilfe- und Gesamtplan nach § 58 SGB XII Mustervordruck für das Fallmanagement

- ✓ Der Vordruck ist als Mustervordruck zu verstehen und kann als „roter Faden“ für Gesamtplangespräche dienen.
- ✓ Er ermöglicht die systematische Erfassung relevanter Informationen, kann Veränderungen und Zielvereinbarungen dokumentieren und eine individuelle und fallbezogene Betrachtung ermöglichen. Eine fallübergreifende Evaluation ist mit einer EDV Umsetzung verbunden. Hierfür steht in Form einer Excel Datei ein inhaltliches Anforderungsprofil zur Verfügung¹.
- ✓ Der Mustervordruck gliedert sich in verschiedene Teile:
 - A. Datenschutz
 - B. Grunddaten
 - C. Assessment (Situations- und Bedarfsanalyse) und Ziele

 - D. Interne Vermerke
 - E. Leistungen
 - F. Kontaktmanagement
- Teile A-C können (ggf. in Auszügen) an Leistungsberechtigte sowie in Hinblick auf die Zielvereinbarung auch an Leistungserbringer ausgegeben werden.
- Die Teile D-F sind für die interne Dokumentation vorgesehen.
- ✓ Der Vordruck ist modular aufgebaut und kann auch nur in Teilen verwendet werden. Er ist außerdem als ein“ Katalog an Möglichkeiten“ angelegt, d.h.
 - nicht alle Felder müssen in jedem Fall ausgefüllt werden,
 - einige Felder sind ggf. nach regionalen Gegebenheiten zu ergänzen oder zu ändern
- ✓ Der Ablauf des Gesamtplanverfahrens und der Mustervordruck sind im KVJS Grundlagenpapier Fallmanagement¹ erläutert.

Abkürzungen

FM	Fallmanagement	FuB	Förder- und Betreuungsbereich
LB	Leistungsberechtigte	LE	Leistungserbringer
SB	Sachbearbeitung		

¹ KVJS Grundlagenpapier Fallmanagement, /www.kvjs.de/soziales/menschen-mit-behinderung/fallmanagement.html

A. Beteiligung, Erklärung zum Datenschutz Name:

Das Gesamtplangespräch fand statt am: _____

Bei der Erstellung dieses Gesamtplanes waren beteiligt:

Der Leistungsberechtigte bzw. sein gesetzlicher Betreuer stimmen der Weitergabe folgender Teile dieses Gesamtplanes:

an folgende Stellen zu:

Unterschrift und Datum Leistungsberechtigte/r:

Unterschrift und Datum Gesetzliche/r Betreuer/in:

1. Allgemeine Daten Antragssteller/Leistungsberechtigte(r)

Name, Vorname Leistungsberechtigte(r):

Geburtsdatum:

Geschlecht Mann Frau

Familienstand

- ledig in fester Beziehung lebend (keine eingetragene Lebenspartnerschaft)
 verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden/getrennt lebend
 verwitwet unbekannt

Adressdaten (Straße, PLZ, Ort, Telefon, Email) des aktuellen Aufenthaltsortes:

PLZ + Ort des gewöhnlichen Aufenthaltsortes vor Antrag:

Gibt es Eltern und/oder Kinder? Ggf. Name, Kontaktdaten (Straße, PLZ, Ort, Telefon, Email) eintragen.

Eltern:

Kinder:

Wohnsituation bei Beginn FM¹

- eigene Wohnung (ohne Betreuung)
 im Haushalt Angehöriger (ohne Betreuung)
 Ambulant betreutes Wohnen – Einzelwohnen
 Ambulant betreutes Wohnen – Wohngemeinschaft
 klinische Unterbringung (Psychiatrie, Krankenhaus, Fach-/Rehaklinik etc.)
 stationäres Wohnen im Bereich Eingliederungshilfe (bspw. Wohnheim)
 Sonstige:

Staatsangehörigkeit nach Land²

- Deutschland Griechenland Italien Polen Kroatien
 Türkei Bosnien und Herzegowina Russische Föderation
 Staatenlos, ungeklärt, ohne Angabe
 Sonstige:

¹ Gemeint ist die überwiegende Wohnsituation/Unterbringung.

² Es wurden die häufigsten Verteilungen gewählt (Destatis.de). Bei Mehrfachstaatsangehörigkeiten geben Sie bitte die für die Identität des Leistungsberechtigten wichtigste an.

Migrationshintergrund³ ja nein

Betreuer/-in nach BTG nein

ja

Kontaktdaten:

Betreuungsart

Ehrenamtlich

Berufsbetreuung

Familiärer Bezug

Aufgabenkreis der Betreuung

Vermögenssorge Gesundheitsvorsorge Vertretung vor Gericht

Vermögenssorge mit Einwilligungsvorbehalt

Gesundheitsvorsorge mit Einwilligungsvorbehalt

Regelung von Renten- & Sozialangelegenheiten

Vertretung bei Behördenangelegenheiten

Recht zur Aufenthaltsbestimmung

Recht zur freiheitsentziehenden Maßnahme

Regelung von Postangelegenheiten (mit Postöffnung)

Regelung von Postangelegenheiten (ohne Postöffnung)

Regelung von Wohnungsangelegenheiten

Vermerke zur Betreuung:

Gerichtsbeschluss vom:

Beschlussaktenzeichen:

ausgestellt von Gericht:

ggf. Ablaufdatum Beschluss:

Kranken/Pflegekasse gesetzlich versichert privat versichert

Sonstige:

Rentenversicherungsträger:

Versicherungsnummer:

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

keine Pflegestufe

Pflegestufe 0

Pflegestufe 1

Pflegestufe 2

Pflegestufe 3

Pflegestufe 3 und Härtefall

§ 45a, 45b SGB XI

kein Pflegebedarf festgestellt

nicht bekannt

Einschränkung der Alltagskompetenz ja nein

³ Zu den Menschen mit Migrationshintergrund (im weiteren Sinn) zählen "alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil". (BAMF)

Feststellung der Pflegebedürftigkeit am:**Form der Leistungserbringung SGB XI**

- Geldleistung Sachleistung Kombileistung

Weitere Leistungen

- SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende):
 SGB VI (Rentenversicherung):
 SGB VII (Unfallversicherung):
 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe):
 SGB XII (Sozialhilfe):
 Sonstige:

2. Behinderung, Befunde und Diagnosen**Schwerbehindertenausweis** nein

Grad d.B.:

Ausstellungsdatum:

Merkzeichen:

Gültigkeit:

Leistungsvoraussetzung nach § 53 SGB XII

- wesentliche Behinderung drohende wesentliche Behinderung
 andere Behinderung

Art der Behinderung

- geistig behindert
 körperlich behindert
 psychisch/seelisch
 blind/sehbehindert
 gehörlos/hörbehindert
 sprachbehindert
 Suchtkrank

Vorrangige Behinderung

- geistig behindert
 körperlich behindert
 psychisch/seelisch
 blind/sehbehindert
 gehörlos/hörbehindert
 sprachbehindert
 Suchtkrank

Medizinische Diagnose, ICD 10:

Datum:

Vorläufige Hilfebedarfsgruppe:

Datum:

Liegt ein schwerwiegend selbst- und/ oder fremdgefährdendes Verhalten vor?

- ja nein unbekannt

Hilfebedarfsgruppe

- nicht eingestuft/trifft nicht zu (HBG 0)
 Gruppe 1: bis 36 Punkte (HBG 1)
 Gruppe 2: 37 – 72 Punkte (HBG 2)
 Gruppe 3: 73 – 108 Punkte (HBG 3)
 Gruppe 4: 109 – 144 Punkte (HBG 4)
 Gruppe 5: 145 – 180 Punkte (HBG 5)
 Heimsonderschule Stufe 1 (HSS 1)
 Heimsonderschule Stufe 2 (HSS2)
 Sonstiges/Anmerkungen:

Datum:

3. (Vor)Schule, Berufsausbildung und Lebensunterhalt**Höchste Schulausbildung**

- keine/entfällt altersbedingt
 Hauptschule
 Fachoberschule/Fachhochschulreife
 Sonstige:
- Sonderschule/Förderschule
 Realschule/Mittlere Reife
 Gymnasium/Abitur

Berufsausbildung/Studium kein(e) entfällt altersbedingt Abschluss:**Tagesstruktur:**

- keine
 Studium
 FuB
 Ehrenamt
 Sonstige:
- Kindertagesstätte
 Allgemeiner Arbeitsmarkt
 WfbM
 Tagesstätte
- Schule
 Integrationsfirma
 Praktikum
 Seniorenbetreuung

Angabe Wo:

Erwerbsstatus:

- unbekannt
 befristet erwerbsgemindert, bis:
- erwerbsfähig
 dauerhaft voll erwerbsgemindert
 entfällt, z. B. altersbedingt

Vermerke

Datum Assessment:

Art des Assessments

Eingangs-Assessment Re-Assessment Abschluss-Assessment

Wiedervorlage

Geplante/r Termin(e) Überprüfung Zielerreichung:

Geplante/r Termin(e) Überprüfung Re-Assessment:

1. Allgemeines Assessment

Umgebungsfaktoren (z.B. Unterstützung durch Familie bzw. Umfeld; Vorhandensein bzw. Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten

Eingangs-Assessment:

Re-Assessment:

Abschluss-Assessment:

Wünsche und Vorstellungen des Antragstellers/ Leistungsberechtigten zur Leitungsgestaltung:

Eingangs-Assessment:

Re-Assessment:

Abschluss-Assessment:

Besondere Interessen, Fähigkeiten und Begabungen:

Eingangs-Assessment:

Re-Assessment:

Abschluss-Assessment:

Sonstige Anmerkungen:

Eingangs-Assessment:

Re-Assessment:

Abschluss-Assessment:

2. Kurzfristige Ziele & Assessment (Situations- und Bedarfsanalyse)

Lebensbereich Wohnen	Eingangs- oder Re-Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	SMARTE Ziele	Maßnahmen zur Zielerreichung	Ziel-erreichung	Grund Nicht-Zielerreichung
<p>Alltägliche Lebensführung</p> <p>Bspw. Einkaufen, Zubereiten von Zwischenmahlzeiten, Zubereiten von Hauptmahlzeiten, Wäschepflege, Ordnung im eigenen Bereich, Geld verwalten, Regeln von finanziellen und (sozial-) rechtl. Angelegenheiten</p>										
<p>Selbstversorgung</p> <p>Bspw. Ernährung, Körperpflege: Toilettenbenutzung, persönliche Hygiene, Aufstehen/ zu Bett gehen/Tag-Nacht-Rhythmus, Baden/ Duschen, Anziehen/ Ausziehen</p>										
<p>Kommunikation, Mobilität und Orientierung</p> <p>Bspw. Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen, Zeitliche Orientierung, Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung, Räumliche Orientierung in</p>										

Lebensbereich Wohnen	Eingangs- oder Re-Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	SMARTE Ziele	Maßnahmen zur Zielerreichung	Ziel-erreichung	Grund Nicht-Zielerreichung
fremder Umgebung und Verkehrssicherheit										
Gesundheitsverhalten Bspw. Ausführen ärztlicher, therapeutischer Verordnungen, Absprache und Durchführung von Arztterminen, Spezielle Pflege, Überwachung der Gesundheit, Gesundheitsfördernder Lebensstil										
Umgang mit der eigenen Person Bspw. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen, Antriebsstörung, Interesselosigkeit, Bewältigung von Verfolgungsängsten und Stimmungsschwankungen										
Sonstiges										

Lebensbereich Tagesstrukturierung	Eingangs- oder Re-Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	SMARTE Ziele	Maßnahmen zur Zielerreichung	Zielerreichung	Grund Nicht-Zielerreichung
<p>Beschäftigungsfähigkeit</p> <p>Bspw. ist der Klient schulfähig, Berufs-/ausbildungsfähig, erwerbsfähig, werkstattfähig, Tagesbetreuung</p>										
<p>Arbeitshaltung</p> <p>Bspw. Termine einhalten/Pünktlichkeit, Schul-/Arbeitszeit durchhalten, Frustrationstoleranz, Belastbarkeit, Umgang mit Stress, Verantwortung, Adäquates Sozialverhalten, Konflikt- und Absprachefähigkeit, Adäquates Erscheinungsbild</p>										
<p>Kommunikation, Mobilität und Orientierung</p> <p>Bspw. Potential zum Verstehen und Produzieren von Mitteilungen, Zeitliche Orientierung, Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung, Räumliche Orientierung in fremder Umgebung und Verkehrssicherheit, Gebrauch von Verkehrsmitteln</p>										

Lebensbereich Tagesstrukturierung	Eingangs- oder Re-Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	SMARTE Ziele	Maßnahmen zur Zielerreichung	Ziel-erreichung	Grund Nicht-Zielerrei-
Umgang mit der eigenen Person Bspw. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen, Antrieb, Zutrauen, Selbsteinschätzung, Selbstbild, Umgang mit der eigenen Behinderung										
Sonstiges										

Lebensbereich Teilhabe	Eingangs- oder Re- Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchti- gungen	Ressourcen	Handlungsbe- darf	Beeinträchti- gungen	Ressourcen	Handlungsbe- darf	SMARTE Zie- le	Maßnahmen zur Zielerrei- chung	Ziel- erreichung	Grund Nicht- ZE
Gestalten sozialer Beziehun- gen Bspw. Beziehungen im unmittelbaren Nahbereich/Nachbarschaft, zu Angehöri- gen, in Freundschaften/ Partnerschaf- ten/Bekannte										
Teilnahme am kulturellen/ gesellschaftlichen Leben Bspw. Eigenbeschäftigung/Hobbies, Teilnahme an Freizeitangeboten, Begeg- nung in sozialen Gruppen, Entwicklung von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung										
Sonstiges										

3. Mittelfristige Ziele

Welche <u>mittelfristigen</u> Ziele sollen erreicht werden?		
Wohnen:	Tagsstrukturierung:	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

Anmerkung Zielerreichung:		
Wohnen:	Tagsstrukturierung:	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

4. Langfristige Ziele

Welche <u>langfristigen</u> Ziele sollen erreicht werden?		
Wohnen:	Tagsstrukturierung:	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

Zielkategorie:		
Wohnen: <input type="checkbox"/> 1: Verbesserung der Situation (steigern) <input type="checkbox"/> 2: Stabilisation der Situation (Verschlechterung verhindern, vorbeugen) Zusätzlich Wohnen <input type="checkbox"/> 3: Vermeidung stationär <input type="checkbox"/> 4: Rückführung ambulant	Tagsstrukturierung: <input type="checkbox"/> 1: Verbesserung der Situation (steigern) <input type="checkbox"/> 2: Stabilisation der Situation (Verschlechterung verhindern, vorbeugen)	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> 1: Verbesserung der Situation (steigern) <input type="checkbox"/> 2: Stabilisation der Situation (Verschlechterung verhindern, vorbeugen)

5. Überprüfung der langfristigen Ziele

Zielerreichung		
Wohnen: <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> nicht erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> weitgehend erreicht <input type="checkbox"/> völlig erreicht <input type="checkbox"/> übertroffen <i>(nur Wohnen) Ziel 3 oder 4</i> <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht	Tagessstrukturierung: <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> nicht erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> weitgehend erreicht <input type="checkbox"/> völlig erreicht <input type="checkbox"/> übertroffen	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> nicht erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> weitgehend erreicht <input type="checkbox"/> völlig erreicht <input type="checkbox"/> übertroffen

Warum wurden Ziele (ggf.) nicht erreicht		
Wohnen: <input type="checkbox"/> Ziele nicht mehr relevant <input type="checkbox"/> Änderung der Bedarfslage/ Rahmenbedingungen <input type="checkbox"/> fehlende Mitwirkung Leis- tungsberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Ziele unklar formuliert (bspw. nicht realistisch) <input type="checkbox"/> Maßnahme/Leistung dem Einzelfall nicht gerecht werdend <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anmerkungen ¹ :	Tagessstrukturierung: <input type="checkbox"/> Ziele nicht mehr relevant <input type="checkbox"/> Änderung der Bedarfslage/ Rahmenbedingungen <input type="checkbox"/> fehlende Mitwirkung Leis- tungsberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Ziele unklar formuliert (bspw. nicht realistisch) <input type="checkbox"/> Maßnahme/Leistung dem Einzelfall nicht gerecht werdend <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anmerkungen:	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> Ziele nicht mehr relevant <input type="checkbox"/> Änderung der Bedarfslage/ Rahmenbedingungen <input type="checkbox"/> fehlende Mitwirkung Leis- tungsberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Ziele unklar formuliert (bspw. nicht realistisch) <input type="checkbox"/> Maßnahme/Leistung dem Einzelfall nicht gerecht werdend <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anmerkungen:

¹ Anmerkungen können detaillierte Beschreibungen der Gründe bzw. abweichende Sichtweisen der LB oder Angehörigen sein.

6. Einverständnis der Beteiligten zur Zielvereinbarung

Datum , Unterschrift
Leistungsberechtigte/r

Datum , Unterschrift
Gesetzliche/r Betreuer/in

Datum , Unterschrift
Dienstleister (ggf. mehrere)

Datum , Unterschrift
Dienstleister (ggf. mehrere)

Datum , Unterschrift Sozialhilfeträger²

² Unterschrift zwingend erforderlich

0. Interne Vermerke

Datum Beginn FM:

Aktenzeichen:

Falltyp
 Fallmanagement (FM) Sachbearbeitung (SB)
Fallaufnahme
 Neuaufnahme Wiederaufnahme Wechsel von SB zu FM (noch nie FM)
Hauptinitiator/-in des FM

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leistungsberechtigte(r) | <input type="checkbox"/> Leistungserbringer/Dienstleister |
| <input type="checkbox"/> Angehörige(r) | <input type="checkbox"/> Sozialdienst einer Klinik |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche(r) Betreuer-/in | <input type="checkbox"/> Jugendamt |
| <input type="checkbox"/> Eigener Dienst/Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> Fallmanagement |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="checkbox"/> SB |

Bitte bei Beendigung des Fallmanagements ausfüllen:

Datum Ende FM:

Warum wurde das Fallmanagement beendet?

- FM planmäßig beendet,**
- Ziele FM wurden weitestgehend erreicht
 - Leistungsberechtigter (LB) benötigt nur noch SB
- FM nicht planmäßig beendet:**
- eine Mitwirkung
 - Tod
 - Wunsch LB
 - derzeit nicht steuerbar
 - falsche Maßnahme
 - Zuständigkeitswechsel
 - keine freien Platzkapazitäten
 - LB benötigt nur noch SB
 - Einkommens-/Vermögensgrenze überschritten
 - anderer Kostenträger:

Wohnsituation bei Ende FM¹:

- eigene Wohnung (ohne Betreuung)
- im Haushalt Angehöriger (ohne Betreuung)
- Ambulant betreutes Wohnen – Einzelwohnen
- Ambulant betreutes Wohnen – Wohngemeinschaft
- klinische Unterbringung (Psychiatrie, Krankenhaus, Fach-/Rehaklinik etc.)
- stationäres Wohnen im Bereich Eingliederungshilfe (bspw. Wohnheim)
- Sonstige:

¹ Gemeint ist die überwiegende Wohnsituation/Unterbringung.

1. Durchgeführte Leistungen

Leistungsart - Lebensbereich Wohnen

- Begleitetes Wohnen in Familien/Familienpflege für Erwachsene/Pflegefamilie
- Ambulant betreutes Wohnen – Einzelwohnen
- Ambulant betreutes Wohnen – Paarwohnen
- Ambulant betreutes Wohnen – Wohngemeinschaft
- Ambulant betreutes Wohnen - Sucht
- Klinik/geschlossene Unterbringung
- stationäres Wohnen incl. Außenwohngruppe
- Wohntraining Fachpflegeheim
- Heimsonderschule Kurzzeitunterbringung
- Sonstige:

Leistungsform Persönliches Budget Sachleistung

Leistungsart - Lebensbereich Tagesstrukturierung und Beschäftigung

- Heilpädagogische Frühförderung
- Integrationsleistungen im Kindergarten
- Integrationsleistungen in Schule
- Privater Schulkindergarten (Lt. I.4.1)
- Private Sonderschule (Lt. I.4.2)
- Internatsbeschulung (Lt. I.3.1-I.3.5)
- Lohnkostenzuschuss
- Eingangsverfahren/ Berufsbildungsbereich einer WfbM
- Arbeitsbereich einer WfbM (Lt. I.4.4)
- Förder- und Betreuungsgruppe (Lt. I.4.5a)
- Tagesstruktur für Psychisch Kranke/ Tagesstätte (Lt. I.4.5b)
- Tagesbetreuung für i.d.R. Senioren (Lt. I.4.6)
- Sonstige:

Leistungsform Persönliches Budget Sachleistung

Leistungsart - Lebensbereich Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

- Freizeitassistenz
- Familienentlastende Dienste
- Fahrtkosten
- individuelle Betreuung
- Leistungen zum Ausgleich des behinderungsbedingten Mehraufwandes
- Sonstige:

Leistungsform Persönliches Budget Sachleistung

2. Gründe für die Nicht-Realisierbarkeit von Leistungen

- Angebotsstruktur

Wohnen	Tagesstrukturierung	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
<input type="checkbox"/> Angebot nicht zugänglich (Wartezeit, Entfernung)	<input type="checkbox"/> Angebot nicht zugänglich (Wartezeit, Entfernung)	<input type="checkbox"/> Angebot nicht zugänglich (Wartezeit, Entfernung)
<input type="checkbox"/> Angebot nicht adäquat (Kompetenz, Umgang mit Zielgruppe, Konzeption)	<input type="checkbox"/> Angebot nicht adäquat (Kompetenz, Umgang mit Zielgruppe, Konzeption)	<input type="checkbox"/> Angebot nicht adäquat (Kompetenz, Umgang mit Zielgruppe, Konzeption)
<input type="checkbox"/> Angebot fehlt heimatnah	<input type="checkbox"/> Angebot fehlt heimatnah	<input type="checkbox"/> Angebot fehlt heimatnah
Nicht zu realisierende Leistung:	Nicht zu realisierende Leistung:	Nicht zu realisierende Leistung:

- sonstige Gründe

Wohnen	Tagesstrukturierung	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
<input type="checkbox"/> Veränderung der Lebenssituation des LB <input type="checkbox"/> Fehlende Mitwirkung LB <input type="checkbox"/> Wunsch LB oder von Betreuungsperson/Angehörigen <input type="checkbox"/> Ärztliches Anraten <input type="checkbox"/> Fehlende Platzkapazitäten <input type="checkbox"/> Unverhältnismäßige Mehrkosten <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Veränderung der Lebenssituation des LB <input type="checkbox"/> Fehlende Mitwirkung LB <input type="checkbox"/> Wunsch LB oder von Betreuungsperson/Angehörigen <input type="checkbox"/> Ärztliches Anraten <input type="checkbox"/> Fehlende Platzkapazitäten <input type="checkbox"/> Unverhältnismäßige Mehrkosten <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Veränderung der Lebenssituation des LB <input type="checkbox"/> Fehlende Mitwirkung LB <input type="checkbox"/> Wunsch LB oder von Betreuungsperson/Angehörigen <input type="checkbox"/> Ärztliches Anraten <input type="checkbox"/> Fehlende Platzkapazitäten <input type="checkbox"/> Unverhältnismäßige Mehrkosten <input type="checkbox"/> Sonstige:
Nicht zu realisierende Leistung:	Nicht zu realisierende Leistung:	Nicht zu realisierende Leistung:

Gesprächsnotiz/ Aktenvermerk/ Inhalt:

Erstellt von:

Datum:

Wiedervorlage am:

Kontaktform

Telefonisch Schriftlich E-Mail Persönlich

Kontaktart

Infogespräch (allgemein) Beratungsgespräch
 Assessment Gesamtplan-/Hilfeplangespräch
 Begleitung/Coaching Vermittlung an andere Stelle
 Fallkonferenz Berufswegekonzferenz
 Sonstige:

Kontaktperson

Leistungsberechtigte(r) Angehörige(r)
 Gesetzliche(r) Betreuer/-in Leistungserbringer/Dienstleister
 andere Leistungsträger Sonstige:

Kontaktort

innerhalb der Behörde extern – Hausbesuch
 extern – Einrichtung Sonstige:

Optional könnten noch folgende Aspekte dokumentiert und evaluiert werden:

Netzwerkkontakte nicht bezogen auf den Leistungsberechtigten

Mitarbeit in Gremien und Arbeitsgruppen Vortrag halten
 Teilnahme an Veranstaltung bei Leistungserbringern Sonstige:

Kontakte, die zu einer Vermeidung Leistung führen

Beratungsgespräch geführt und Leistung vermieden