

# Individuelles Hilfeplanverfahren des LWL

## Erhebungsbogen (Bogen I)

<b>Erstantrag</b> <input type="checkbox"/>	<b>Folgeantrag</b> <input type="checkbox"/>		
Aktenzeichen des LWL (falls bekannt)	60-_____/____		
Name _____	Vorname _____	Geb.-Dat. _____	
PLZ, Wohnort _____	Straße _____	Telefon _____	
Staatsangehörigkeit _____	Familienstand _____	Beruf _____	
Anzahl und Alter der Kinder _____			
<b>Rechtlicher Betreuer/ Person des Vertrauens</b>			
Name _____ Vorname _____			
PLZ, Wohnort _____ Straße _____ Telefon _____			
Umfang:	<input type="checkbox"/> Gesundheitsorge	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge
	<input type="checkbox"/> 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
- Stationäres Einzelwohnen
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Ambulant Betreutes Paarwohnen
- Außenwohngruppe
- Stationäres Paarwohnen
- Ambulant Betreute Wohngemeinschaft
- 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
- Tagesstätte für psychisch behinderte Menschen
- Tagesstruktur durch \_\_\_\_\_
- Tagesstruktur 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