

Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz (IBE RLP)

Bausteine des Instrumentariums

1. Bogen zur Gesprächsvorbereitung (Erwachsene)
2. Mantelbogen (Erwachsene)
3. Bogen zur Erfassung des Teilhabebedarfs (Erwachsene)
4. Ergebnisbogen (Erwachsene)
5. Bogen zur Lebensbereichsübergreifenden Zielerreichung/Wirkungseinschätzung und Fortschreibung der Gesamtplanung (Erwachsene)

Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz (IBE RLP): Bogen zur Gesprächsvorbereitung der nachfragenden Person (Erwachsene)

Zur Vorbereitung unseres Gesprächs lesen Sie sich bitte den Fragebogen ganz durch. In dem Bogen können Sie aufschreiben, wie Sie künftig wohnen, arbeiten und Ihre Freizeit verbringen wollen und wozu und in welcher Art Sie sich Hilfe und Unterstützung wünschen. Sie können sich beim Ausfüllen des Bogens unterstützen lassen und den Bogen gerne zum Gespräch mitbringen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Wie und wo wollen Sie in Zukunft wohnen?

Wie und wo wohnen Sie jetzt?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was wollen Sie lernen bzw. in Zukunft arbeiten?

Was tun Sie jetzt?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was wollen Sie in Zukunft in Ihrer Freizeit machen?

Wie verbringen Sie jetzt Ihre Freizeit?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was würden Sie in Zukunft gerne mit anderen Menschen machen?

Mit welchen Menschen haben Sie es jetzt schon zu tun?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was hilft Ihnen jetzt schon, so zu leben wie Sie es wollen?

Wollen Sie Ihre Hilfe als Persönliches Budget in Anspruch nehmen?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was ist Ihnen sonst noch sehr wichtig?

Wer hat Sie beim Ausfüllen des Gesprächsvorbereitungsbogens unterstützt?

Name: _____

Vielen Dank!

Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz (IBE RLP): Mantelbogen (Erwachsene)

Erstellung der Gesamtplanung

<input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe wurde am eingereicht	<input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe liegt noch nicht vor
<input type="checkbox"/> erste Gesamtplanung	<input type="checkbox"/> Fortschreibung Gesamtplanung vom
für den Zeitraum vom bis	Nr.

1. Angaben zur nachfragenden Person

Name:	PLZ, Ort:	Telefon:
Vorname:	Straße:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Geschlecht ...	Familienstand:
Konfession:		
Staatsangehörigkeit:	Migrationshintergrund:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Art des Einkommens:		
schulischer Werdegang, ggf. Abschluss:		
beruflicher Werdegang, ggf. Abschluss:		
derzeitige Beschäftigung:		
Umfang der Beschäftigung (in Wochenstunden):		

Sozialversicherungsrechtliche Angaben

Sozialversicherungsnummer:	Stammnummer bei BA/Jobcenter:
Art der Rente:	Rentantrag vom: AZ des Rentenbescheides:
Kundennummer bei der Krankenkasse:	Name der Krankenkasse:

Nächste/r Angehörige/r (bzw. Vertrauensperson)

Name:	PLZ, Ort:	Telefon:
Vorname:	Straße:	E-Mail:

Fachkraft (professionelle Bezugsperson)

Name:	PLZ, Ort:	Telefon:
Vorname:	Straße:	E-Mail:

Behandelnde/r Hausarzt/Hausärztin bzw. Facharzt/Fachärztin (mit Angabe der Fachrichtung)

Name:	PLZ, Ort:	Telefon:
Vorname:	Straße:	E-Mail:

Gesetzliche Betreuung

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt, für folgende Wirkungs-/Aufgabenkreise:
<input type="checkbox"/> ja, für folgende Wirkungs-/Aufgabenkreise:	
Name:	PLZ, Ort: Telefon:
Vorname:	Straße: E-Mail:

Bevollmächtigung

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt, für folgende Wirkungs-/Aufgabenkreise:
<input type="checkbox"/> ja, für folgende Wirkungs-/Aufgabenkreise:	
Name:	PLZ, Ort: Telefon:
Vorname:	Straße: E-Mail:

Gesundheitliche Situation – aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)

Bezeichnung/Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch	am

Hinweise auf Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF (sofern nicht vorliegend: Befunde aus ärztlichen Unterlagen)

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen vor?	festgestellt durch	am
Aktuelle Medikation und zwar:		

Art der Beeinträchtigung(en) (Mehrfachnennungen möglich) i. S. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX

Es liegt eine	<input type="checkbox"/> geistige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> seelische Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung vor.		
<input type="checkbox"/> drohende			
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Grad der Behinderung	Grad der Behinderung gültig bis:	gültig bis:	
Merkzeichen:			

Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

<input type="checkbox"/> keine Einstufung	<input type="checkbox"/> Einstufung und zwar				
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
	Beginn der Anerkennung:				
Art der Leistung:	<input type="checkbox"/> Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung	<input type="checkbox"/> Kombinationspflege	<input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag	
(vorliegende MDK-Gutachten bitte beifügen!)					
Versorgung mit Hilfsmitteln:					

2. Aktuelle Wohn- und Lebenssituation

<input type="checkbox"/> allein in eigener Wohnung		
<input type="checkbox"/> im Haushalt mit Partner/Partnerin		
<input type="checkbox"/> im Haushalt der Kinder		
<input type="checkbox"/> im Haushalt der Eltern/ Angehörigen/ Pflege-/ Gastfamilien		
<input type="checkbox"/> in besonderer Wohnform <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
<input type="checkbox"/> sonstige Wohnform, welche:		
<input type="checkbox"/> wohnungslos (aktueller Aufenthaltsort):		
Anzahl der Kinder:	Alter der Kinder:	Anzahl minderjähriger Kinder im Haushalt:

3. Leistungen anderer Rehabilitations- und Leistungsträger und Vorhandensein privatrechtlicher Ansprüche

a) Leistungen anderer Rehabilitations- und Leistungsträger

Leistungen	beantragt	bewilligt	abgelehnt	Rehabilitations- und Leistungsträger	von ... bis ...
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gem. SGB III und zwar					
Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gem. SGB V und zwar					
Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung gem. SGB VI und zwar					
Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung gem. SGB VII und zwar					
Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe gem. SGB VIII und zwar					
Leistungen der Sozialhilfe gem. SGB XII und zwar					
Leistungen der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge					
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende gem. SGB II und zwar					
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. SGB IX und zwar					
Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB XI					
Leistungen der Kommune im Rahmen der Daseinsvorsorge wie z. B. Schuldner- bzw. Suchtberatung und zwar					
Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)					
Leistungen nach dem Landesblindengesetz					
Leistungen nach dem Landespflegegesetz					
Andere Leistungen und zwar					

b) privatrechtliche Ansprüche gegen andere

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
-------------------------------	--	--

*** Skala zur Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/Aktivität nach ICF**

0 = keine Beeinträchtigung

1 = leichte Beeinträchtigung

2 = mäßige Beeinträchtigung

3 = erhebliche Beeinträchtigung

4 = vollständige Beeinträchtigung

8 = nicht spezifiziert

9 = nicht anwendbar

**** Art der erforderlichen professionellen Hilfen**

0 = keine Hilfe

1 = Information, Orientierung, Anleitung

2 = Erschließung von Hilfen im Umfeld/Kompetenz

3 = Individuelle Planung, Beobachtung, Anleitung und Rückmeldung

4 = begleitende, übende Unterstützung

5 = regelmäßige, individuelle Hilfe

Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz (IBE RLP): Bogen zur Erfassung des Teilhabebedarfs (Erwachsene)

Erfassung des individuellen Teilhabebedarfs

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	AZ:

1. Lebensbereich: Lernen und Wissensanwendung

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d110	Zuschauen				.....
d115	Zuhören				.....
d120	Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen				.....
d129	Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d130	Nachmachen, nachahmen				.....
d135	Üben				.....
d140	Lesen lernen				.....
d145	Schreiben lernen				.....
d150	Rechnen lernen				.....
d155	Sich Fertigkeiten aneignen				.....
d159	Elementares Lernen, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d160	Aufmerksamkeit fokussieren				.....
d163	Denken				.....
d166	Lesen				.....
d170	Schreiben				.....
d172	Rechnen				.....
d175	Probleme lösen				.....
d177	Entscheidungen treffen				.....
d179	Wissen anwenden, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d198	Lernen und Wissen anwenden, anders bezeichnet				.....
d199	Lernen und Wissen anwenden, nicht näher bezeichnet			.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

**Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz (IBE RLP): Bogen zur Erfassung des
Teilhabebedarfs (Erwachsene)**

2. Lebensbereich: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/ Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d210	Eine Einzelaufgabe übernehmen				.....
d220	Mehrfachaufgaben übernehmen				.....
d230	Die tägliche Routine durchführen				.....
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen				.....
d298	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, anders bezeichnet				.....
d299	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, nicht näher bezeichnet				.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

3. Lebensbereich: Kommunikation

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/ Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d310	Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen				.....
d315	Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen				.....
d320	Kommunizieren als Empfänger von Mitteilungen in Gebärdensprache				.....
d325	Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen				.....
d329	Kommunizieren als Empfänger, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d330	Sprechen				.....
d335	Non-verbale Mitteilungen produzieren				.....
d340	Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken				.....
d345	Mitteilungen schreiben				.....
d349	Kommunizieren als Sender, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d350	Konversation				.....
d355	Diskussion				.....
d360	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen				.....
d369	Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d398	Kommunikation, anders bezeichnet				.....
d399	Kommunikation, nicht näher bezeichnet				.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

4. Lebensbereich: Mobilität

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/ Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d410	Eine elementare Körperposition wechseln				.....
d415	In einer Körperposition verbleiben				.....
d420	Sich verlagern				.....
d429	Die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d430	Gegenstände anheben und tragen				.....
d435	Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen				.....
d440	Feinmotorischer Handgebrauch				.....
d445	Hand- und Armgebrauch				.....
d449	Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d450	Gehen				.....
d455	Sich auf andere Weise fortbewegen				.....
d460	Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen				.....
d465	Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen				.....
d469	Gehen und sich fortbewegen, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d470	Transportmittel benutzen				.....
d475	Ein Fahrzeug fahren				.....
d480	Tiere zu Transportzwecken reiten				.....
d489	Sich mit Transportmitteln fortbewegen, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d498	Mobilität, anders bezeichnet				.....
d499	Mobilität, nicht näher bezeichnet				.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

5. Lebensbereich: Selbstversorgung

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/ Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d510	Sich waschen				.....
d520	Seine Körperteile pflegen				.....
d530	Die Toilette benutzen				.....
d540	Sich kleiden				.....
d550	Essen				.....
d560	Trinken				.....
d570	Auf seine Gesundheit achten				.....
d598	Selbstversorgung, anders bezeichnet				.....
d599	Selbstversorgung, nicht näher bezeichnet				.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

6. Lebensbereich: Häusliches Leben

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/ Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d610	Wohnraum beschaffen				.....
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen				.....
d629	Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d630	Mahlzeiten vorbereiten				.....
d640	Hausarbeiten erledigen				.....
d649	Haushaltsaufgaben, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d650	Haushaltsgegenstände pflegen				.....
d660	Anderen helfen				.....
d669	Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d698	Häusliches Leben, anders bezeichnet				.....
d699	Häusliches Leben, nicht näher bezeichnet				.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

7. Lebensbereich: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/ Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten				.....
d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen				.....
d729	Allgemeine interpersonelle Interaktionen, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d730	Mit Fremden umgehen				.....
d740	Formelle Beziehungen				.....
d750	Informelle soziale Beziehungen				.....
d760	Familienbeziehungen				.....
d770	Intime Beziehungen				.....
d779	Besondere interpersonelle Beziehungen, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d798	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, anders bezeichnet				.....
d799	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, nicht näher bezeichnet				.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

8. Lebensbereich: Bedeutende Lebensbereiche

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/ Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d810	Informelle Bildung/Ausbildung				.....
d815	Vorschulerziehung				.....
d820	Schulbildung				.....
d825	Theoretische Berufsausbildung				.....
d830	Höhere Bildung und Ausbildung				.....
d839	Bildung/Ausbildung, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d840	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit				.....
d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden				.....
d850	Bezahlte Tätigkeit				.....
d855	Unbezahlte Tätigkeit				.....
d859	Arbeit und Beschäftigung, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d860	Elementare wirtschaftliche Transaktionen				.....
d865	Komplexe wirtschaftliche Transaktionen				.....
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit				.....
d879	Wirtschaftliches Leben, anders oder nicht näher bezeichnet				.....
d898	Größere Lebensbereiche, anders bezeichnet				.....
d899	Größere Lebensbereiche, nicht näher bezeichnet			.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

9. Lebensbereich: Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben

I. von der nachfragenden Person geäußerte Ziele bzw. Anliegen:					
II. Beschreibung der Fähigkeiten: Was gelingt?					
ICF Code	Inhalte der ICF Items	III. Bewertung der Beeinträchtigung von Teilhabe/ Aktivität nach ICF*	IV. Beschreibung der Kontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren)	V. Einschätzung des professionellen Teilhabebedarfs**	
				nach SGB IX	mit Blick auf andere Reha-Träger/Leistungs-träger
d910	Gemeinschaftsleben				.....
d920	Erholung und Freizeit				.....
d930	Religion und Spiritualität				.....
d940	Menschenrechte				.....
d950	Politisches Leben und Staatsbürgerschaft				.....
998	Leben in der Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben, anders bezeichnet				.....
999	Leben in der Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben, nicht näher bezeichnet				.....

Fachliche Beurteilung

VI. zusammenfassende Beschreibung der Bedarfssituation:	
VII. mögliches Nahziel a):	
VII. mögliches Nahziel b):	
VII. mögliches Nahziel c):	
geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche:	

Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz (IBE RLP): Ergebnisbogen (Erwachsene)

Zusammenfassung bisher möglicher Nahziele bezogen auf die neun Lebensbereiche

	LB 1	LB 2	LB 3	LB 4	LB 5	LB 6	LB 7	LB 8	LB 9
mögliches Nahziel a):									
mögliches Nahziel b):									
mögliches Nahziel c):									
Kontextfaktoren:									
Geschätzter Teilhabebedarf in Stunden pro Woche									

Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz (IBE RLP): Ergebnisbogen (Erwachsene)

Name:	Geburtsdatum:	Fallmanagement
Vorname:	AZ:	Nr. der Planung:

1. Teilhabezielvereinbarung

Fernziele nach Lebensbereichen (u.a. auf Basis des Bogens zur Gesprächsvorbereitung)	vorrangige Nahziele nach Lebensbereichen: Was soll künftig <u>konkret</u> erreicht werden?	Zielerreichung: Bis wann?	Teilhabebedarf in Stunden/Woche	in den Leistungsmodulen
1.	1.			
	2.			
	3.			
2.	1.			
	2.			
	3.			
3.	1.			
	2.			
	3.			
4.	1.			
	2.			
	3.			
5.	1.			
	2.			
	3.			
6.	1.			
	2.			
	3.			
7.	1.			
	2.			
	3.			
8.	1.			
	2.			
	3.			
9.	1.			
	2.			
	3.			

2. Ergebnisse der Gesamtplanung (Kurzfassung)

Eine Gesamtplankonferenz wurde durchgeführt am:	
An der Gesamtplankonferenz haben teilgenommen:	

Aufgrund der durchgeführten Bedarfsermittlung wird ein Teilhabebedarf festgestellt:

Begründung:

Leistung nach Lebensbereichen	Art bzw. Form der Leistung (z. B. Sachleistung, Geldleistung)	Zeitliche Lage der Leistung (am Tag/in der Nacht)	Ort der Leistung	Art des Leistungsmoduls	Zeitlicher Umfang der Leistung (in Stunden pro Woche)	Leistungszeitraum	Name und Anschrift der vorgesehenen Leistungserbringer
1. Lernen und Wissensanwendung							
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen							
3. Kommunikation							
4. Mobilität							
5. Selbstversorgung							
6. häusliches Leben							
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen							
8. Bedeutende Lebensbereiche und							
9. Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben							
<input type="checkbox"/>	Eine Teilhabezielvereinbarung wurde erstellt und ist beigefügt.						
<input type="checkbox"/>	Eine Teilhabezielvereinbarung wurde nicht erstellt, weil						

Hinweis

- Vorbehaltlich der Prüfung der wirtschaftlichen Hilfebedürftigkeit
- Inanspruchnahme der bewilligten Leistungen muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Wenn dies nicht der Fall ist, muss die getroffene Entscheidung überprüft werden.

An der von dem/der Fallmanager/-in der Kommune erstellte Gesamtplanung haben mitgewirkt:

Ort	Datum	Beteiligte:	Name
		nachfragende Person:	
		Angehörige/private Bezugsperson/Person des Vertrauens	
		gesetzliche/r Betreuer/-in:	
		Fachkraft (professionelle Bezugsperson) des Leistungserbringers:	
		Vertreter/-in der Pflegekasse	
		Vertreter/-in des Trägers der Hilfe zur Pflege	
		Vertreter/-in des Trägers der Hilfe zum Lebensunterhalt	
		andere, und zwar:	

Die Gesamtplanung wurde von dem/der/Fallmanager/-in der Kommune gemeinsam mit der nachfragenden Person durchgeführt. Ist dies nicht der Fall, so ist dies nachfolgend darzulegen.

	
Ort	Datum	Unterschrift der nachfragenden Person (bzw. des/der Bevollmächtigten oder der gesetzlichen Vertretung)	Fallmanager/-in der Kommune

Weitere Bemerkungen:

Die oben stehende Individuelle Gesamtplanung wird dem Leistungserbringer bekannt gegeben und ist bei der Fortschreibung der Gesamtplanung zu berücksichtigen.

Name

Geb. Datum

Anschrift

Erklärung zum Umgang mit den personenbezogenen Daten

im Rahmen des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens

- Für die Durchführung des Gesamtplan-/Teilhabeplanverfahrens sind unter Berücksichtigung der Interessen des oben genannten Leistungsberechtigten, Rehabilitationsträger, und andere öffentliche Stellen zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes und Erstellung eines Gesamt-/Teilhabeplanes in geeigneter Art und Weise einzubeziehen.
Ich bitte um Beteiligung der entsprechenden Rehabilitationsträger und stimme der dafür notwendigen Datenübermittlung und dem erforderlichen Datenaustausch zu.
Rehabilitationsträger können sein: die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit, die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe.
- Im Rahmen des individuellen Gesamtplanverfahrens können weitere Leistungsträger beteiligt werden. Dies könnte die Pflegekasse, der Träger der Hilfe zur Pflege sowie der Träger der Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung oder das Jobcenter sein. Mit der Beteiligung dieser Träger erkläre ich mich einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach Bedarf eine Teilhabe-/Gesamtplankonferenz einberufen wird.
- Sollte eine solche Konferenz einberufen werden nehme ich hieran teil
 ja noch offen nein
- Ich möchte Herrn/Frau _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
als Person meines Vertrauens zur Konferenz mitnehmen.
- Herrn/Frau _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Soll als Person meines Vertrauens für mich an der Konferenz teilnehmen und dort meine Anliegen vertreten.
- Ich willige ein, dass die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, der Gesamt- oder Teilhabeplan an die Einrichtung oder den Dienst weiter gegeben wird, der die Leistung erbringt oder erbringen wird.

Datum/Ort: _____ Unterschrift: _____

**Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz (IBE RLP):
Lebensbereichsübergreifende Prüfung der Zielerreichung/Wirkungseinschätzung und Fortschreibung des Gesamtplanung**

Lebensbereichsübergreifende Prüfung der Zielerreichung/Wirkungseinschätzung und Fortschreibung der Gesamtplanung

Name:	Geburtsdatum:	Nr. der Planung:
Vorname:	AZ:	Aus Sicht: <input type="checkbox"/> der/s Leistungsberechtigten UND <input type="checkbox"/> des Leistungserbringers
Überprüfung der Leistungsabsprache/Zielvereinbarung vom :		

vereinbarte Fernziele je Lebensbereich	vereinbarte vorrangige Nahziele (konkrete, terminierte Ziele)	Termin	Grad der Zielerreichung				
			viel weniger als erwartet	weniger als erwartet	wie erwartet	mehr als erwartet	viel mehr als erwartet
1.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							
2.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							
3.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							
4.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							
5.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							

vereinbarte Fernziele je Lebensbereich	vereinbarte vorrangige Nahziele (konkrete, terminierte Ziele)	Termin	Grad der Zielerreichung				
			viel weniger als erwartet	weniger als erwartet	wie erwartet	mehr als erwartet	viel mehr als erwartet
6.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							
7.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							
8.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							
9.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung zum eingeschätzten Grad der Zielerreichung							

Beschreibung und Begründung des (möglicherweise) veränderten Teilhabebedarfs in den neun Lebensbereichen (Vom Fallmanagement der zuständigen Kommune auszufüllen!)

Ist eine neue Bedarfsermittlung notwendig? ja (bitte die letzte Bedarfsermittlung kopieren und modifizieren!) nein (bitte die letzte Teilhabezielvereinbarung und den Ergebnisbogen kopieren und modifizieren)