

Individuelle Gesamtplanung Rheinland-Pfalz: Mantelbogen (Kinder und Jugendliche)

Antragsstellung und Gesamtplanung

<input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe wurde am gestellt		<input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe liegt noch nicht vor
<input type="checkbox"/> erster Gesamtplan	<input type="checkbox"/> Fortschreibung des Gesamtplans vom	Nr.
für den Zeitraum vom bis		erstellt am:

1. Angaben zum jungen Menschen

Name:	PLZ, Ort:	Telefon:
Vorname:	Straße:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Geschlecht	...
Staatsangehörigkeit:	Ggf. Aufenthaltstitel:	

Personensorgeberechtigte/r

Name:	PLZ, Ort:	Telefon:
Vorname:	Straße:	E-Mail:
Regelung elterliche Sorge:		

Personensorgeberechtigte/r

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

Aktuelle Wohn- und Lebenssituation

Besuchte Einrichtungen:

Tagespflege (z.B. Name Kita oder Hort, ggf. AnsprechpartnerIn):	
Schulbesuch (Name der Schule / Schulform / ggf. AnsprechpartnerIn)	
Sonstiges:	

2. Beeinträchtigung, Pflegebedarf und gesundheitliche Situation

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		
<input type="checkbox"/> drohende	vor.		
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ggf. Befristung:
Grad der Behinderung	v.H.		
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:		Ggf. Befristung:	
Art der Leistung:	<input type="checkbox"/> Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung	<input type="checkbox"/> Kombinationspflege	
<input type="checkbox"/> MDK-Gutachten liegt vor.				
Versorgung mit Hilfsmitteln:				

Kranken- und pflegeversichert durch:	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige	Name der Krankenkasse:
Krankenversicherungsnummer		

Behandelnde ÄrztInnen

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

Gesundheitliche Situation – aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel) (Sofern bekannt)

Bezeichnung/Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch	am

Vorliegender Gutachten nach ICF-CY (Sofern bekannt)

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen vor?	festgestellt durch	am

Aktuelle Medikation und zwar:

--

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

Leistungen anderer Rehabilitations- und Leistungsträger

Leistungen	beantragt	bewilligt	abgelehnt	Leistungsträger	von ... bis ...

Privatrechtliche Ansprüche gegen andere

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

