



Sächsisches Amtsblatt

Sonderdruck Nr. 3/2019

9. April 2019

Inhaltsverzeichnis

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Bekanntmachung des Sächsischen Staatsminis-
teriums für Soziales und Verbraucherschutz zum
Integrierten Teilhabeplan Sachsen – Instrument zur
Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamtplanver-
fahrens vom 8. März 2019 S 190

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zum Integrierten Teilhabeplan Sachsen – Instrument zur Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens

Vom 8. März 2019

Der Integrierte Teilhabeplan Sachsen (ITP Sachsen) ist ein Instrument zur Feststellung von Hilfebedarfen im Rahmen des Gesamtplanverfahrens. Der Integrierte Teilhabeplan (ITP) wurde vom Institut Personenzentrierte Hilfen GmbH (IPH) entwickelt und für die Anwendung durch die Träger der Eingliederungshilfe (bis zum 31. Dezember 2019 durch die Träger der Sozialhilfe, soweit sie zur Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe bestimmt sind) in Sachsen angepasst. Der ITP Sachsen wurde modellhaft durch den Kommunalen Sozialverband Sachsen (KSV Sachsen), das Sozialamt der Landeshauptstadt Dresden sowie in den Sozialämtern im Landkreis Erzgebirgskreis und im Landkreis Nordsachsen erprobt. Die Anpassung und Erprobung des ITP Sachsen wurde von einer Zentralen Steuerungsgruppe aus Vertretern der Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Leistungserbringer und der Leistungsträger sowie des Beauftragten der Sächsischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz begleitet. Daran anschließend wurde der ITP Sachsen durch das IPH evaluiert.

Mit dem ITP Sachsen liegt nunmehr ein dialogorientiertes Verfahren vor, das die Ermittlung von Hilfebedarfen vor dem Hintergrund persönlich gesetzter Zielstellungen, Ressourcen und Beeinträchtigungen auf Grundlage des biopsychosozialen Modells und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ermöglicht. Der ITP Sachsen ist für die Ermittlung von individuellen Hilfebedarfen vor dem Hintergrund der persönlichen Zielsetzung des Leistungsberechtigten auf alle Behinderungsarten anwendbar. Die besondere Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sowie auch die Charakteristika der jeweiligen Entwicklungsstufen werden in den speziell für die Altersgruppe entwickelten Bögen unter Berücksichtigung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) differenziert berücksichtigt.

Der ITP Sachsen liegt somit für folgende Altersgruppen vor:

- ITP Erwachsene
- ITP für Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter
- ITP FrüKi | U6 bis zur Einschulung

Bei besonderen Anforderungen oder lebensgeschichtlichen Entwicklungen kann der ITP Sachsen bei Bedarf um folgende Ergänzungsbögen erweitert werden:

- Ergänzungsbogen A (Abhängigkeit – Zusatzinformationen zu suchtspezifischen Fragen und justiziellen Belastungen)
- Ergänzungsbogen B (Beruf – Zusatzinformationen zum beruflichen Werdegang)
- Ergänzungsbogen C (bei Menschen mit herausforderndem Verhalten/Kommunikation)
- Ergänzungsbogen PU (Zusatzbogen zur Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfes)

Ergänzt wird der ITP Sachsen durch die Materialien ITP@BEF und „Mein ITP“, die zur Information und Nutzung von Menschen mit Behinderungen entwickelt wurden.

Verantwortlich für die Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens sind die Träger der Eingliederungshilfe (bis zum 31. Dezember 2019 die Träger der Sozialhilfe, soweit sie zur Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe bestimmt sind). Diese haben zur Ermittlung des individuellen Bedarfs ein Instrument einzusetzen, welches sich an der ICF orientiert und eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe beschreibt. Der ITP Sachsen ist ein Instrument der Bedarfsermittlung, welches den Kriterien des § 118 SGB IX (bis 31. Dezember 2019 gleichlautend § 142 SGB XII) entspricht.

Die Rechte an der Nutzung des ITP Sachsen wurden im Jahr 2019 auf den KSV Sachsen übertragen. Im Rahmen der Bedarfsermittlung kann der ITP Sachsen einschließlich der Ergänzungsbögen von allen Verfahrensbeteiligten, insbesondere von Leistungserbringern, Menschen mit Behinderungen sowie deren Vertretern, Beratungsstellen und Leistungsträgern, genutzt werden. Der ITP Sachsen einschließlich der Ergänzungsbögen und weiterführende Materialien, wie zum Beispiel den Manualen zum ITP Sachsen, sind auf der Internetseite des KSV Sachsen (<https://www.ksv-sachsen.de/menschen-mit-behinderung/antraege-formulare/itp-sachsen>) abrufbar. Die Nutzung des ITP Sachsen durch sonstige Dritte außerhalb der gesetzlichen Aufgabe der Eingliederungshilfe im Zuständigkeitsbereich des Freistaates Sachsen bedarf der Einwilligung durch den KSV Sachsen als Lizenznehmer.

Dresden, 8. März 2019

Ulrich Menke
Abteilungsleiter

Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung zum ITP Sachsen

Name Vorname Aktenzeichen

Seite **I**

EGH verbindlich bei Neuplanungen einsetzen und wenn sich im Gesamtplan wesentliche Änderungen ergeben haben

Sozialdaten der nachfragenden Person

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift Geschlecht: Familienstand:

Gesetzliche Vertretung nein. Wenn ja:

Name Telefon Wirkungskreise

Anschrift E-Mail

Nächster Angehöriger / nächste Bezugsperson

Name Vorname Verwandtschaftsstatus

Anschrift Telefon

Behinderung durch folgende Beeinträchtigungen: geistig seelisch Abhängigkeit körperlich Sinne

Zusätzliche, begleitende Beeinträchtigungen: geistig seelisch Abhängigkeit körperlich Sinne

Schwere Erkrankungen, die länger als 6 Monate bestehen (ICD):

Regelmäßige, fachärztliche Behandlung ja nein

Schwerbehinderung GdB Merkzeichen Pflegegrad

Pflegeleistung abgelehnt Pflegegrad nicht beantragt

Inanspruchnahme Maßnahmen beruflicher Rehabilitation ja nein

ITP Sachsen Version 2.0

Feststellung
der Teilhabe einschränkung zum **ITP** Sachsen

Name: Vorname: Aktenzeichen:

ERLÄUTERUNGEN

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht spezifiziert / anwend- / feststellbar

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe der Person auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Antragstellenden ein:

Bereich: Lernen und Wissensanwendung

- d110 Zuschauen Wissensanwendung
- d115 Zuhören
-
-
- d160 Aufmerksamkeit fokussieren
- d163 Denken
- d166 Lesen
- d170 Schreiben
- d172 Rechnen
- d175 Probleme lösen
- d177 Entscheidungen treffen

Bereich: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

- d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen
- d220 Mehrfachaufgaben übernehmen
- d230 Die tägliche Routine durchführen
- d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

Bereich: Kommunikation

- d310 Kommunikation – Verstehen gesprochener Mitteilungen
- d315 Kommunikation – Verstehen non-verbaler Mitteilungen
- d330 Sprechen
- d335 Sich non verbal mitteilen können
- d350 Konversation
-

Bereich: Mobilität

- d410 Eine elementare Körperposition wechseln
-
- d430 Gegenstände anheben und tragen
-
-
- d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
- d465 Sich im Rollstuhl oder anderen Geräten fortbewegen können
- d470 Transportmittel (z. B. Fuß, Auto, Zug) benutzen
- d475 Selbst ein Fahrzeug fahren (z. B. Fahrrad, Motorrad, Auto)

Bereich: Selbstversorgung

- d510 sich waschen
- d520 seine Körperteile pflegen (z. B. Zähne putzen, rasieren)
- d530 die Toilette benutzen
- d540 sich kleiden
- d550 Essen
- d560 Trinken
- d570 auf seine Gesundheit achten

Bereich: Häusliches Leben

- d620 Waren und Dienste des tägl. Bedarfs beschaffen (z. B. Einkaufen)
- d630 Mahlzeiten vorbereiten
- d640 Hausarbeiten erledigen
- d660 Anderen helfen
-

ITP Sachsen Version 2.0

Feststellung der Teilhabe einschränkung zum ITP Sachsen

Name Vorname Aktenzeichen

ERLÄUTERUNGEN

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht spezifiziert / anwend- / feststellbar

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe der Person auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Antragstellenden ein:

Bereich: **Interpersonelle Beziehungen**

- d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten
- d720 Komplexe interpersonelle Aktivitäten
- d730 Mit Fremden umgehen
- d740 Formelle Beziehungen (z. B. zu Vorgesetzten, Lehrern ...)
- d750 Informelle soziale Kontakte
- d760 Familienbeziehungen
- d770 Intime Beziehungen

Bereich: **Bedeutende Lebensbereiche**

- d810 Informelle Bildung /Ausbildung Bedeutende Lebensbereiche
- d820 Schulbildung
- d825 Theoretische Berufsausbildung
- d830 Höhere Bildung und Ausbildung
- d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
- d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
- d850 Bezahlte Tätigkeit
- d855 Unbezahlte Tätigkeit
- d860 Grundlegende wirtschaftliche Transaktionen
- d865 Komplexe wirtschaftliche Transaktionen
- d870 Wirtschaftliche Eigenständigkeit

Bereich: **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**

- d910 Gemeinschaftsleben
- d920 Erholung und Freizeit
- d930 Religion und Spiritualität
- d940 Menschenrechte
- d950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft

Wesentliche Behinderung festgestellt

- Ja
- Nein

durch:

Teilhabe-Einschränkung liegt vor

- Ja
- Nein

Begründung:

Datum:

Unterschrift Bearbeiter*in:

	für den Zeitraum von	bis	AZ: <input style="width: 80%;" type="text"/>
--	----------------------	-----	--

1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	
Straße	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	
E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
geboren am	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schulbildung	
<input type="text"/>	
Beruf	
<input type="text"/>	
Familienstand / Kinder / Situation	
<input type="text"/>	

Nächste Bezugsperson:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Bezug (z.B. Betreuer, Angehöriger)
<input type="text"/>	
Straße	
<input type="text"/>	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigung	
Wenn ja:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	
Straße	
<input type="text"/>	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	
E-Mail	
Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellsurkunde):	
<input type="text"/>	

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen, Umfeldhilfen (z.B. Wohnsituation mit Angehörigen):

Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations-einschätzung, Ziele, Vorgehen?

ja nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Festgestellte ärztliche Diagnosen (ggf. dauerhafte Medikation / Hilfsmittel):

noch kein sozialmedizinisches / amtsärztliches Gutachten vorhanden

Behinderung aufgrund:

- körperlicher Beeinträchtigung
- seelischer Beeinträchtigung
- geistige Beeinträchtigung
- Abhängigkeitserkrankungen

Zusätzliche begleitende Behinderung aufgrund:

- körperlicher Beeinträchtigung
- seelischer Beeinträchtigung
- geistige Beeinträchtigung
- Abhängigkeitserkrankungen

GdB vorhanden, Umfang: Merkzeichen:

Leistungen nach SGB V Leistungen nach SGB VIII

Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad:)

Pflegegrad abgelehnt Pflegegrad nicht beantragt

Ggf. Erläuterungen (z. B. Beeinträchtigung der Sinne, Lernbeeinträchtigung, herausforderndes Verhalten):

ITP Sachsen Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird



Name Vorname Zeitraum von bis Aktenzeichen

3. Ziele von Herr/Frau

Bitte auswählen:	Wohnsituation	Arbeitssituation / Tagesstruktur
Aktueller Stand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veränderungen im Planungszeitraum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langfristig geplante Veränderungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren

4.1 Persönliche Situation:

4.2 Aktuelle Situation in der Teilhabe aus den Bereichen: z.B. Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

4.3 Umweltfaktoren – Unterstützung und Barrieren aus den Bereichen: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), Hilfsmittel (e115), Arzt (e580), Behörden (e570), usw.

4.4 Umweltfaktoren – Unterstützung und Barrieren in Beziehungen: Familie (e310, 315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Nachbarn / Kollegen (e325), Autoritätspersonen (e330), usw.

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) Persönliche Ziele:

Ziel **a1**:

Indikator:

Ziel **a2**:

Indikator:

b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel **b1**:

Indikator:

Ziel **b2**:

Indikator:

c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur / Bildung:

Ziel **c1**:

Indikator:

Ziel **c2**:

Indikator:

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

Ziel **d1**:

Indikator:

Ziel **d2**:

Indikator:

Name Vorname Zeitraum von bis Aktenzeichen

6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten der Person und / oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

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 / anwend- / feststellbar

Fähigkeiten

8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen nach SGB IX

- keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- Information, Orientierung, Anleitung
- Kompensation / Übernahme
- Individuelle Planung und Feedback
- begleitende, übende Unterstützung
- regelmäßige und personenbez. Hilfe
- + selbstorganis. Assistenzleistung
- ++ s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung

				Wer bzw. was?	Ggf. prof. Kommentar
1					
2	Psychische Stabilität b1263				
3	Antrieb b130				
4	Drang nach Suchtmitteln b1303				
5	Impulskontrolle b1304				
6	Funktionen der Aufmerksamkeit b140				
7	Funktionen des Gedächtnis b144				
8	Emotionales Erleben b152				
9	Inhalt und Kontrolle des Denkens b160				
10					
11					
12	Lesen und Schreiben d166, d170				
13	Rechnen und Zahlenverständnis d172				
14	Mit Stress und andere psychischen Anforderungen umgehen d240				
15					
16	Sprechen d330				
17	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen d360				
18					
19					
20	Feinmotorischer Handgebrauch d440				
21	Gehen d450				
22					
23	Transportmittel benutzen d470				
24	Sich waschen, seine Körperteile pflegen d510, d520				
25	Die Toilette benutzen d530				
26	Sich kleiden d540				
27	Essen d550				
28	Trinken d560				
29	seine Gesundheit erhalten d5702				
30	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen d620				
31	Mahlzeiten vorbereiten d630				
32	Kleidung und Wäsche waschen und trocknen d6400				
33	räumen d6402				
34					
35	Anderen helfen d660				
36	Respekt und Wärme in Beziehungen d7100				
37					
38	Formelle Beziehungen d740				
39	Informelle Beziehungen d750 (Freunde, Nachbarn)				
40	Familienbeziehungen d760				
41	Intime Beziehungen d770				
42	Berufsausbildung d825				
43	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit d840				
44	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden d845				
45	Bezahlte Tätigkeit d850				
46	Unbezahlte Tätigkeit d855				
47					
48	Gemeinschaftsleben d910				
49	Erholung und Freizeit d920				
50	Religion und Spiritualität d930				
51	Arztbesuche				
52	Umgang mit Behörden				
53					

ITP Sachsen Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird



Name Vorname Zeitraum von bis Aktenzeichen

10. Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur *

a) Ziele von Herrn / Frau:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Persönliche Arbeits- oder Beschäftigungssituation: Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz / Beschäftigungsplatz:

Einschränkungen bei Arbeit und Beschäftigung: Umweltfaktoren:

c) konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Ziel c1: Ziel c2:

Indikator c1: Indikator c2:

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

<input type="checkbox"/> Antrieb (b130)	<input type="checkbox"/> Mit Stress u.a. psych. Anforder. umgehen (d240)	<table border="1"> <tr><td>-</td><td>keine Beeinträchtigung</td></tr> <tr><td>■</td><td>leichte Ausprägung</td></tr> <tr><td>■ ■</td><td>mäßig ausgepr. Beeinträchtigung</td></tr> <tr><td>■ ■ ■</td><td>erhebl. ausgepr. Beeinträchtigung</td></tr> <tr><td>■ ■ ■ ■</td><td>voll ausgeprägte Beeinträchtigung</td></tr> <tr><td>*</td><td>nicht spezifiziert / nicht anwendbar</td></tr> </table>	-	keine Beeinträchtigung	■	leichte Ausprägung	■ ■	mäßig ausgepr. Beeinträchtigung	■ ■ ■	erhebl. ausgepr. Beeinträchtigung	■ ■ ■ ■	voll ausgeprägte Beeinträchtigung	*	nicht spezifiziert / nicht anwendbar
-	keine Beeinträchtigung													
■	leichte Ausprägung													
■ ■	mäßig ausgepr. Beeinträchtigung													
■ ■ ■	erhebl. ausgepr. Beeinträchtigung													
■ ■ ■ ■	voll ausgeprägte Beeinträchtigung													
*	nicht spezifiziert / nicht anwendbar													
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit (b140)	<input type="checkbox"/> Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d430)													
<input type="checkbox"/> Probleme lösen (d175)	<input type="checkbox"/> Feinmotorischer Handgebrauch (d440)													
<input type="checkbox"/> Einzelaufgaben übernehmen (d210)	<input type="checkbox"/> Transportmittel benutzen (d470)													
<input type="checkbox"/> Mehrfachaufgaben übernehmen (d220)	<input type="checkbox"/> Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d840)													
<input type="checkbox"/> Tägliche Routine durchführen (d230)	<input type="checkbox"/> Arbeit erhalten, behalten, beenden (d845)													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

f) Tätig im kommenden Jahr in:

<p>Bezahlter Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung) <input type="text"/></p> <p>Angestrebter / möglicher Umfang <input type="text"/> Std. / Woche regelmäßig an <input type="text"/> Tagen / Woche</p> <p><input type="checkbox"/> auf dem 2. Arbeitsmarkt <input type="checkbox"/> auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung <input type="checkbox"/> Erster Arbeitsmarkt</p> <p>Sonstiges: <input type="text"/></p>	<p>Unbezahlter Tätigkeit (Umfang der Beeinträchtigung) <input type="text"/></p> <p>Angestrebter / möglicher Umfang <input type="text"/> Std. / Woche regelmäßig an <input type="text"/> Tagen / Woche</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgung von Angehörigen / Kindern <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> ehrenamtliche Tätigkeit</p> <p>Sonstiges: <input type="text"/></p>
--	--

Kompetenzentwicklung, Schulbildung / Berufsausbildung (Umfang der Beeinträchtigung)

Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche

Kompetenzentwicklung in Bezug auf:

Berufliche Weiter- oder Ausbildung
 Stärkung sozialer Kompetenz
 Stärkung von Grundfähigkeiten

Sonstiges:

Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur

g) Vorgehen im Bereich Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

Vorgehen für Ziel c1: Vorgehen für Ziel c2:

ITP Sachsen Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird
***Bitte den Ergänzungsbogen zur Vorgeschichte Beruf (B) benutzen.**



Name

Vorname

Zeitraum von bis

Aktenzeichen

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:

(Bitte angeben, ob Einzelangebot, Kleinstgruppe, mit Einzelassistenz oder Gruppenangebot)

a) Persönliche Ziele inklusive Koordination

b) Selbstversorgung / Wohnen

c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur

d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

12. Erbringung durch:

Nennung: Einrichtung / Dienst / Fachkraft /Nichtfachkraft selbständig (mit Assistenz)

a)

b)

c)

d)

13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs

(Zyklus, Höhe des Aufwands)

a)	Zyklus	Aufwand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b)	Zyklus	Aufwand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

c)	Zyklus	Aufwand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

d)	Zyklus	Aufwand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen

- Nachwache
- Bereitschaftsdienst nachts
- Bereitschaftsdienst Wochenende
- Rufbereitschaft
- Krisendienste

Pflegeleistungen (siehe auch Zusatzbogen P)

ITP Sachsen Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird



Name Vorname Zeitraum von bis Aktenzeichen

14. Bisherige Erfahrungen der antragstellenden Person mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von

Leistungserbringer Angehörigen Betreuer*in

Ergänzende Hinweise des Bedarfsermittlers:

16. Koordination des ITP

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Koordinierende Fachkraft:

Name Telefon

Kontaktdaten

Vertretung:

Name Telefon

Kontaktdaten

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

schriftlich
 mündlich
 in Gesamplankonferenzen

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

17. Erklärung der leistungsberechtigten Person

Der Weitergabe des ITP wurde zugestimmt:

Leistungserbringer:
 Leistungsträger:
 Sonstige:

Ggf. keine Weitergabe an:

Der/die Leistungsberechtigte verzichtet auf die Übersendung des ITP.

Name

Vorname

Zeitraum von

bis

Aktenzeichen

18. 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** (Herausforderes Verhalten / Kommunikationsbeeinträchtigung)
- P** (Pflegerische Unterstützung)

Datum / Unterschrift Ersteller*in

Name Vorname Zeitraum von bis Aktenzeichen

19. Überprüfung / Fortschreibung

a) Übergreifende, persönliche Ziele

Ziel: Indikator:

Ziel a1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel a2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

b) Wohnen, Selbstversorgung

Ziel: Indikator:

Ziel b1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel b2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

c) Arbeit, Beschäftigung

Ziel: Indikator:

Ziel c1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel c2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

d) Freizeit

Ziel: Indikator:

Ziel d1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel d2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Fachkraftsicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Bewertung aus Sicht des Leistungsträgers / Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgende Ziele wurden erreicht:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum: BearbeiterIn:

Unterschrift Leistungsträger:

Feststellung der Teilhabe einschränkung zum ITP Sachsen Ki/Ju

Name, Vorname, Aktenzeichen input fields

EGH verbindlich bei Neuplanungen einsetzen und wenn sich im Gesamtplan wesentliche Änderungen ergeben haben

Sozialdaten

ZEITRAUM von: bis: input fields

Geburtsdatum, Geschlecht input fields

Lebenssituation

Name Erziehende*r, Verwandtschaftsstatus, Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä., Straße, Postleitzahl, Wohnort, E-Mail, Telefon

Sorgerechtssituation: alleinig, gemeinsam

Wirkungs- / Aufgabenkreis:

vollumfänglich oder Teile der Sorge:

Name der 1. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

vollumfänglich oder Teile der Sorge:

Name der 2. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

Gegebenenfalls weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte (z. B. Amtsvormundschaft / Amtspflege) für das Kind:

Aktuelle Familiensituation (biologische Eltern, engerer Verwandtschaftskreis einschließlich Geschwister, weitere in der aktuellen Familien-/Sorgerechtssituation lebende Kinder):

Beeinträchtigung Kind / Jugendliche:

Grad d. Behinderung:

Merkzeichen:

Pflegegrad:

körperlich

geistig

emotional / seelisch

Zurückstellung Schulbesuch

Pflegegrad abgelehnt

Pflegegrad nicht beantragt

Beeinträchtigungen der Erziehungsperson:

Bisherige und aktuelle Betreuungs- und Erziehungssituation:

Bereits in Anspruch genommene Leistungen / Hilfsmittel

(z. B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie einschl. (kinder-)ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflege- und heilpädagogische Leistungen):

Übertragung von Angaben / Diagnosen (u.a. ICD 10) aus dem fachärztlichen Gutachten:

Körperfunktionen (z.B. Globale und spezifische mentale Funktionen; Sinnesfunktionen und Schmerz, Stimm- und Sprechfunktionen, Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen Immun- und Atmungssystem, Funktionen des Verdauungs-Stoffwechsels und endokrinen Systems einschließlich urogenital und reproduktives System; neuromuskoskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde):

Körperstrukturen ICF-CY (z.B. Gehirn, Auge, Ohr einschl. in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind, Strukturen des kardiovaskulären, Immun- und Atmungssystems; mit Verdauung, Stoffwechsel, und urogenitalen/reproduktiven in Zusammenhang stehende Strukturen; mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen der Haut/Hautanhangsgebilde):

Bedarfsfeststellung zum ITP Sachsen Ki/Ju Version 2.0

Feststellung der Teilhabe einschränkung
zum ITP Sachsen Ki/Ju

Name Vorname Aktenzeichen

ERLÄUTERUNGEN

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert

- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht anwendbar / feststellbar
- I weitere Informationen nötig

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes / des Jugendlichen ein:

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe des Kindes / des Jugendlichen auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bereich: Lernen und Wissensanwendung

- d110 Zuschauen
- Nachmachen, nachahmen**
- d135 Üben
- d137 Konzepte aneignen
- d140 Lesen Lernen
- d145 Schreiben lernen
- d150 Rechnen lernen
- d155 sich Fertigkeiten aneignen
- d160 Aufmerksamkeit fokussieren
- d161 Aufmerksamkeit lenken
- d163 Denken
- d166 Lesen
- d170 Schreiben
- d172 Rechnen
- d175 Probleme lösen
- d177 Entscheidungen treffen

Bereich: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

- d210 Einzelaufgaben übernehmen
- d220 Mehrfachaufgaben übernehmen
- d230 Die tägliche Routine durchführen
- d240 Mit Stress u.a. psychischen Anforderungen umgehen
- d250 Sein Verhalten steuern

Bereich: Kommunikation

- d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
- d330 Sprechen
- d350 Konversation
- d355 Diskussion
- d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen

Bereich: Mobilität

- d430 Gegenstände anheben und tragen
- d435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen
- d440 Feinmotorischer Handgebrauch
- d445 Hand und Armgebrauch
- d450 Gehen
- d455 Sich auf andere Weise fortbewegen
- d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
- d465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen
- d470 Transportmittel benutzen
- d475 Ein Fahrzeug fahren

Bereich: Selbstversorgung

- d510 Sich waschen
- d520 Seine Körperteile pflegen
- d530 Die Toilette benutzen
- d540 sich kleiden
- d550 Essen
- d560 Trinken
- d570 Auf seine Gesundheit achten
- d571 Auf eigene Sicherheit achten

Bedarfsfeststellung zum ITP Sachsen Ki/Ju Version 2.0

Feststellung der Teilhabe einschränkung zum ITP Sachsen Ki/Ju

Name _____ Vorname _____ Aktenzeichen _____

ERLÄUTERUNGEN	- keine Beeinträchtigung	• leichte Ausprägung	**** voll ausgeprägte Beeinträchtigung
	v verzögert	•• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung	∅ nicht anwendbar / feststellbar
		••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung	I weitere Informationen nötig

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes / des Jugendlichen ein:

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe des Kindes / des Jugendlichen auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bereich: **Häusliches Leben**

- d610 Wohnraum beschaffen
- d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
- d630 Mahlzeiten vorbereiten
- d640 Hausarbeiten erledigen
- d650 Haushaltsgegenstände pflegen
- d660 Anderen helfen

Bereich: **Interpersonelle Interaktionen**

- d710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten
- d7100 Respekt und Wärme in Beziehungen
- d7104 Soziale Zeichen in Beziehungen
- d7105 Körperlicher Kontakt in Beziehungen
- d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen
- _____
- d730 Mit Fremden umgehen
- d740 Formelle Beziehungen
- d750 Informelle soziale Beziehungen
- d760 Familienbeziehungen
- d770 Intime Beziehungen

Bereich: **Bedeutende Lebensbereiche**

- d810 Informelle Bildung
- d820 Schulbildung
- d825 Theoretische Berufsausbildung
- d830 Höhere Bildung und Ausbildung
- d835 Schulleben und damit verbundene Aktivitäten
- d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
- d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
- d850 Bezahlte Tätigkeit
- d855 Unbezahlte Tätigkeit
- d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen
- d865 Komplexe wirtschaftliche Transaktionen
- d870 Wirtschaftliche Eigenständigkeit
- d880 Sich mit Spielen beschäftigen

Bereich: **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben**

- d910 Gemeinschaftsleben
- d920 Erholung und Freizeit
- d930 Religion und Spiritualität
- d940 Menschenrechte / Kinderrechte

Wesentliche Behinderung festgestellt:

Wesentliche Teilhabe einschränkung festgestellt:

Gegebenenfalls Weitergabe / Einbeziehung anderer Leistungsträger / Jugendamt:

Datum: _____ Unterschrift Bearbeitung: _____

Bedarfsfeststellung zum ITP Sachsen Ki/Ju Version 2.0

Name Vorname Aktenzeichen

Sozialdaten

Lebenssituation

Vom: bis: Geburtsdatum Geschlecht

Name Erziehende Verwandtschaftsstatus Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.
 Straße Postleitzahl Wohnort
 E-Mail Telefon

Sorgerechtssituation: alleinig gemeinsam **Wirkungs- / Aufgabenkreis:**
 vollumfänglich oder Teile der Sorge:

Name der 1. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon
 vollumfänglich oder Teile der Sorge:

Name der 2. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

Gegebenenfalls weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte (z. B. Amtsvormundschaft / Amtspflege) für das KiJu:

Aktuelle Familiensituation (biologische Eltern, engerer Verwandtschaftskreis einschließlich Geschwister, weitere in der aktuellen Familien-/Sorgerechtssituation lebende Kinder):

Beeinträchtigung des Kindes / Jugendliche:
 körperlich Sinne geistig Lernbeeinträchtigung
 emotionale/seelische Beeinträchtigung/traumatisches Erleben Grad d. Behinderung, MZ: Pflegegrad:
 Zurückstellung Schulbesuch Pflegegrad abgelehnt Pflegegrad nicht beantragt

Beeinträchtigungen der Erziehungsperson:

Bisherige und aktuelle Betreuungs- und Erziehungssituation:

Bereits in Anspruch genommene Leistungen / Hilfsmittel
 (z. B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie einschl. (kinder-)ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflege- und heilpädagogische Leistungen):

Übertragung von Angaben / Diagnosen aus dem fachärztlichen Gutachten (u.a. ICD 10)
 Körperfunktionen (z. B. Globale und spezifische mentale Funktionen; Sinnesfunktionen und Schmerz, Stimm- und Sprechfunktionen, Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen Immun- und Atmungssystem, Funktionen des Verdauungs-Stoffwechsels und endokrinen Systems einschließlich urogenital und reproduktives System; neuromuskoskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde):

 Körperstrukturen ICF-CY (z. B. Gehirn, Auge, Ohr einschl. in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind, Strukturen des kardiovaskulären, Immun- und Atmungssystems; mit Verdauung, Stoffwechsel, und urogenitalen/ reproduktiven in Zusammenhang stehende Strukturen; mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen der Haut/Hautanhangsgebilde):

ITP Sachsen Ki/Ju Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

Name

Vorname

Aktenzeichen

1) Entwicklungsfokus des Kindes / Jugendlichen:

[Empty text box for development focus]

2) Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

[Empty text box for goals of guardians]

3a) Lebensort des Kindes / Jugendlichen:

Aktueller Stand
Veränderungen im Planungszeitraum

[Empty text boxes for current location and changes]

3b) Erziehungssituation:

[Empty text box for education situation]

4) Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Kindes

a) Aktuelle Situation der Familie / der Erziehungssituation:

[Empty text box for current family/education situation]

b) Umweltfaktoren / Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Umgang mit Behörden (e 570), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), usw.:

[Empty text box for environmental factors]

c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen zum Kind aus den Bereichen: Familie (e310, e315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Pädagogen, z. B. Kita (e360), usw.:

[Empty text box for support or impairment of relationships]

5) Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

Bitte in der Zielvereinbarung sowohl auf die Ziele des Kindes / Jugendlichen als auch auf die Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten eingehen und dies kenntlich machen.

a) Persönliche Ziele:

Ziel a1: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Ziel a2: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel b1: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Ziel b2: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

c) Bildung / Tagesstruktur / Arbeit:

Ziel c1: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Ziel c2: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

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

Ziel d1: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Ziel d2: [Empty text box]
Indikator: [Empty text box]

Name

Vorname

Aktenzeichen

6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten der Person und / oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

- 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
 - v verzögert
 - leichte Ausprägung
 - mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
 - erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
 - voll ausgeprägte Beeinträchtigung
 - ∅ nicht anwendbar / feststellbar
 - i weitere Informationen nötig

Fähigkeiten

8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen nach SGB IX

- keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- Information, Orientierung, Anleitung
- Kompensation / Übernahme
- individuelle Planung und Feedback
- begleitende, übende Unterstützung
- regelmäßige und personenbez. Hilfe
- + selbstorganis. Assistenzleistung
- ++ s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung

				Wer bzw. was?		Ggf. prof. Kommentar
b1263 Psychische Stabilität						
b130 Antrieb						
b1303 Drang nach Suchtmitteln						
b1304 Impulskontrolle						
b140 Funktionen der Aufmerksamkeit						
b144 Funktionen des Gedächtnisses						
b152 Emotionales Erleben						
b163 Höhere kognitive Funktionen						
1						
d135 Üben						
d155 Sich Fertigkeiten aneignen						
1						
d166 Lesen						
d170 Schreiben						
d172 Rechnen						
2						
2						
3						
3						
3						
d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen						
3						
4						
d 440 Feinmotorischer Handgebrauch						
d 450 Gehen						
4						
4						
5						
d510 Sich waschen						
d530 Die Toilette benutzen						
d540 Sich kleiden						
d550 Essen und d560 Trinken						
d570 Auf seine Gesundheit achten						
d571 Auf eigene Sicherheit achten						
5						
6						
d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen						
d630 Mahlzeiten vorbereiten						
d640 Hausarbeiten erledigen						
d660 Anderen helfen						
6						
7						
d710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten						
7						
d740 Formelle Beziehungen						
d750 Informelle soziale Beziehungen						
d760 Familienbeziehungen						
d770 Intime Beziehungen						
7						
8						
d820 Schulbildung						
8						
d835 Schulleben und damit verbundene Aktivitäten						
d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit						
d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden						
8						
8						
8						
9						
d910 Gemeinschaftsleben						
d920 Erholung und Freizeit						
d930 Religion und Spiritualität						

ITP Sachsen Ki/Ju Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

Name

Vorname

Aktenzeichen

10. Klärung des Bedarfs im Bereich Bildung / Tagesstruktur / Arbeit *

a) Ziele von KiJu:

b) aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich:

Persönliche Situation: Soziale Beziehungen:
Einschränkungen bei Bildung / Tagesstruktur / Arbeit: Umweltfaktoren:

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

Ziel c1: Ziel c2:
Indikator c1: Indikator c2:

d) personenbezogene Ressourcen

e) Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

Grid for abilities and impairments: Antrieb (b130), Aufmerksamkeit (b140), Lesen lernen (d140), Schreiben lernen (d145), Rechnen lernen (d150), Probleme lösen (d175), Mit Stress und Krisen umgehen können (d240), Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d430), Feinmotorischer Handgebrauch (d440), Transportmittel benutzen (d470), Informelle Bildung (d810), Vorschulerziehung (d815), Schulbildung (d820), Theoretische Berufsausbildung (d825), Höhere Bildung (d830), Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d840)

Legend for impairment levels: - keine Beeinträchtigung, v verzögert, • leichte Ausprägung, •• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung, ••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung, •••• voll ausgeprägte Beeinträchtigung, ∅ nicht anwendbar / feststellbar, i weitere Informationen nötig

f) Planung für das kommende Jahr:

Schulbildung / Berufsausbildung (Umfang der Beeinträchtigung)
Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche
regelmäßig an Tagen / Woche
Kompetenzentwicklung in Bezug auf:
Berufliche Weiter- oder Ausbildung
Stärkung sozialer Kompetenz
Stärkung von Grundfähigkeiten
Sonstiges:

Beschäftigung als Hilfe zur Tagesstruktur

Bezahlte Tätigkeit

Form for paid employment: Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche, regelmäßig an Tagen / Woche, auf dem 2. Arbeitsmarkt, auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung, Erster Arbeitsmarkt

Unbezahlte Tätigkeit

Form for unpaid employment: Angestrebter / möglicher Umfang Std. / Woche, regelmäßig an Tagen / Woche, Versorgung von Angehörigen / Kindern, Praktikum, ehrenamtliche Tätigkeit:

g) Vorgehen

Vorgehen für Ziel c1: Vorgehen für Ziel c2:

ITP Sachsen Ki/Ju Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird
*Bitte den Ergänzungsbogen zur Vorgeschichte Beruf (B) benutzen.

Name

Vorname

Aktenzeichen

11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:

(Bitte angeben, ob Einzelangebot, Kleinstgruppe, mit Einzelassistenz oder Gruppenangebot)

12. Erbringung durch:

Nennung: Einrichtung / Dienst / Fachkraft / Nichtfachkraft selbständig (mit Assistenz)

13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs

(Zyklus, Höhe des Aufwands)

a) Persönliche Ziele inklusive Koordination

Ziel a1:	a)	a) Zyklus	Aufwand
Vorgehen Ziel a1:			
Ziel a2:			
Vorgehen Ziel a2:			

b) Selbstversorgung / Wohnen

Ziel b1:	b)	b) Zyklus	Aufwand
Vorgehen Ziel b1:			
Ziel b2:			
Vorgehen Ziel b2:			

c) Bildung / Tagesstruktur / Arbeit

Ziel c1:	c)	c) Zyklus	Aufwand
Vorgehen Ziel c1:			
Ziel c2:			
Vorgehen Ziel c2:			

d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziel d1:	d)	d) Zyklus	Aufwand
Vorgehen Ziel d1:			
Ziel d2:			
Vorgehen Ziel d2:			

Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen

[Empty box for Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen]

- Nachtwache
- Bereitschaftsdienst nachts
- Bereitschaftsdienst Wochenende
- Rufbereitschaft
- Krisendienste

Pflegeleistungen (siehe auch Zusatzbogen P)

[Empty box for Pflegeleistungen]

Name

Vorname

Aktenzeichen

14. Bisherige Erfahrungen der Sorgeberechtigten / Jugendlichen mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von

- Sorgeberechtigten
- Fachkräften
- ggfs. auch Kind / Jugendliche(r)

Ergänzende Hinweise des Bedarfsermittlers:

16. Koordination des ITP

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Koordinierende Fachkraft:

Name

Kontaktdaten

Vertretung:

Name

Kontaktdaten

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

- schriftlich
- mündlich
- in Gesamtplankonferenzen

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

17. Erklärung der sorgeberechtigten Person

Der Weitergabe des ITP wurde zugestimmt:

- Leistungserbringer:
- Leistungsträger:
- Sonstige:
- Ggf. keine Weitergabe an:

Der/die Sorgeberechtigte verzichtet auf die Übersendung des ITP.

Name
Vorname
Aktenzeichen

Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Zu diesem ITP Ki/Ju wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):

- C Herausforderndes Verhalten
- P Pflegerische Unterstützung
- A Abhängigkeit
- B Vorgeschichte Beruf

Datum / Unterschrift

Name

Vorname

Aktenzeichen

Überprüfung / Fortschreibung / Ergebnis

ZEITRAUM von: bis:

a) Persönliche Ziele

Ziel: Indikator:

Ziel a1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel a2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

b) Wohnen, Selbstversorgung

Ziel: Indikator:

Ziel b1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel b2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

c) Bildung / Tagesstruktur / Arbeit

Ziel: Indikator:

Ziel c1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel c2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

d) Freizeit

Ziel: Indikator:

Ziel d1 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Ziel: Indikator:

Ziel d2 wurde: Ziel soll: Indikator soll:

L.-Trägersicht: Ziel wurde: Ziel soll: Indikator soll:

Bewertung Bezugsperson / Sorgeberechtigter / ggf. Kind / Jugendliche(r):

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Auswertungsdatum: BearbeiterIn:

Unterschrift Leistungsträger:

Name des Kindes Vorname des Kindes Aktenzeichen

Sozialdaten

ZEITRAUM
von: bis:

Geburtsdatum Geschlecht

Lebenssituation

Name Erziehende*r Verwandtschaftsstatus Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

Straße Postleitzahl Wohnort

E-Mail Telefon

Sorgerechtssituation: alleinig gemeinsam

Wirkungs- / Aufgabenkreis:
 vollumfänglich
 oder Teile der Sorge:

Name der 1. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

vollumfänglich
 oder Teile der Sorge:

Name der 2. sorgeberechtigten Person, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefon

Gegebenenfalls weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte (z. B. Amtsvormundschaft / Amtspflege) für das Kind:

Aktuelle Familiensituation (biologische Eltern, engerer Verwandtschaftskreis einschließlich Geschwister, weitere in der aktuellen Familien-/Sorgerechtssituation lebende Kinder):

Beeinträchtigung des Kindes: Grad d. Behinderung: Merkzeichen: Pflegegrad:

körperlich geistig emotional / seelisch

Pflegegrad abgelehnt
 Pflegegrad nicht beantragt
 Zurückstellung Schulbesuch

Beeinträchtigungen der Erziehungsperson:

Bisherige und aktuelle Betreuungs- und Erziehungssituation:

Bereits in Anspruch genommene Leistungen / Hilfsmittel
 (z.B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie einschl. (Kinder-)ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflege- und heilpädagogische Leistungen):

Übertragung von Angaben / Diagnosen (ICD) aus dem fachärztlichen Gutachten bzw. dem Förder- und Behandlungsplan der anerkannten Frühförderstelle:

Körperfunktionen (z.B. Globale und spezifische mentale Funktionen; Sinnesfunktionen und Schmerz, Stimm- und Sprechfunktionen, Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen Immun- und Atmungssystem, Funktionen des Verdauungs-Stoffwechsels und endokrinen Systems einschließlich urogenital und reproduktives System; neuromuskoskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde):

Körperstrukturen ICF-CY (z.B. Gehirn, Auge, Ohr einschl. in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind, Strukturen des kardiovaskulären, Immun- und Atmungssystems; mit Verdauung, Stoffwechsel, und urogenitalen/reproduktiven in Zusammenhang stehende Strukturen; mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen der Haut/Hautanhangsgebilde):

ITP Sachsen / FrüKi U6 Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

**Feststellung der Teilhabe Einschränkung
zum ITP Sachsen FrKi / U6**

Name des Kindes Vorname des Kindes Aktenzeichen

Seite **I**

ERLÄUTERUNGEN	- keine Beeinträchtigung	• leichte Ausprägung	•••• voll ausgeprägte Beeinträchtigung
	▼ verzögert	•• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung	☒ nicht anwendbar / feststellbar
		••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung	i weitere Informationen nötig

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes ein:

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe des Kindes auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bereich: Lernen und Wissensanwendung

- d110 Zuschauen
- d115 Zuhören
- d120 Andere sinnliche Wahrnehmungen
- d130 Nachmachen, nachahmen
- d131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen
- d132 Informationen erwerben
- d133 Sprache erwerben
- d134 Zusätzliche Sprache erwerben
- d135 Üben
- d137 Konzepte aneignen
- d155 Sich Fertigkeiten aneignen
- d160 Aufmerksamkeit fokussieren
- d161 Aufmerksamkeit lenken
- d163 Denken
- d175 Probleme lösen
- d177 Entscheidungen treffen

Bereich: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

- d210 Einzelaufgaben übernehmen
- d220 Mehrfachaufgaben übernehmen
- d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
- d250 Sein Verhalten steuern

Bereich: Kommunikation

- d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
- d315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen
- d330 Sprechen
- d331 Präverbale Mitteilungen produzieren
- d350 Konversation

Bereich: Mobilität

- d410 Eine elementare Körperposition wechseln
- d415 In einer Körperposition bleiben
- d420 Sich verlagern
- d430 Gegenstände anheben und tragen
- d435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen
- d440 feinmotorischer Handgebrauch
- d445 Hand und Arm gebrauchen
- d450 Gehen
- d455 Sich auf andere Weise fortbewegen
- d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
- d465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen
- d470 Transportmittel benutzen

ITP Sachsen / FrKi U6 Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

Feststellung der Teilhabe einschränkung zum ITP Sachsen FrüKi / U6

Name des Kindes

Vorname des Kindes

Aktenzeichen

ERLÄUTERUNGEN	- keine Beeinträchtigung	• leichte Ausprägung	**** voll ausgeprägte Beeinträchtigung
	▼ verzögert	•• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung	☒ nicht anwendbar / feststellbar
		••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung	i weitere Informationen nötig

Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes ein:

Bei welchen Aktivitäten in diesem Bereich ist die Teilhabe des Kindes auch durch Umwelt oder Gesellschaft beeinträchtigt?

Bereich: Selbstversorgung

- d510 Sich waschen
- d520 Seine Körperteile pflegen
- d530 Die Toilette benutzen
- d540 Sich kleiden
- d550 Essen
- d560 Trinken
- d570 Auf seine Gesundheit achten
- d571 Auf eigene Sicherheit achten
-

Empty box for notes regarding self-feeding activities.

Bereich: Häusliches Leben

- d660 Anderen helfen
-

Empty box for notes regarding household life.

Bereich: Interpersonelle Interaktionen

- d710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten
- d7104 Soziale Zeichen in Beziehungen
- d7105 körperlicher Kontakt in Beziehungen
- d7106 Unterscheidung bekannter Personen
- d730 Mit Fremden umgehen
- d760 Familienbeziehungen
-

Empty box for notes regarding interpersonal interactions.

Bereich: Bedeutende Lebensbereiche

- d810 Informelle Bildung
- d815 Vorschulerziehung
- d880 Sich mit Spielen beschäftigen
- d8800 Solitärspiele
- d8801 Beobachtungsspiel
- d8802 Parallelspiel
- gemeinsames Kooperationspiel
-

Empty box for notes regarding significant life areas.

Bereich: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

- d910 Gemeinschaftsleben
- d920 Erholung und Freizeit
- d930 Religion und Spiritualität
- d940 Menschenrechte / Kinderrechte
-

Empty box for notes regarding community and social life.

Wesentliche / drohende Behinderung festgestellt Ja Nein Begründung:

Empty box for justification of essential or impending disability.

Teilhabe-Einschränkung liegt vor Ja Nein Begründung:

Empty box for justification of participation restriction.

Datum: _____ Unterschrift Bearbeitung: _____

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

ITP Sachsen / FrüKi U6 Version 2.0

Name des Kindes

Vorname des Kindes

Aktenzeichen

1) Entwicklungsfokus des Kindes:

2) Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

3a) Lebensort des Kindes: Aktueller Stand, Veränderungen im Planungszeitraum; 3b) Erziehungssituation:

4) Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Kindes; 4.1) Aktuelle Situation der Familie / der Erziehungssituation:

4.2) Umweltfaktoren / Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation: Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), usw.:

4.3) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen zum Kind aus den Bereichen: Familie (e310, e315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Pädagogen, z. B. Kita (e360), usw.:

5) Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen: Bitte sowohl auf die Ziele des Kindes als auch der Bezugsperson / Sorgeberechtigten eingehen und kenntlich machen; a) Persönliche Ziele für das Kind: Ziel a1, Indikator; Ziel a2, Indikator; Ziel a3, Indikator:

b) Ziele für das Kind im Bereich Versorgung / häusliches Leben: Ziel b1, Indikator; Ziel b2, Indikator:

c) Ziele für das Kind im Bereich soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel: Ziel c1, Indikator; Ziel c2, Indikator:

ITP Sachsen / FrüKi U6 Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

Name des Kindes

Vorname des Kindes

Aktenzeichen

6. Personenbezogene Ressourcen

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten des Kindes und der Bezugsperson oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

[Empty box for notes]

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

ICF-CY 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
- v verzögert
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht anwendbar / feststellbar
- i Weitere Informationen nötig

Fähigkeiten

8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen nach SGB IX

- keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- Information, Orientierung, Anleitung
- Kompensation / Übernahme
- individuelle Planung und Feedback
- begleitende, übende Unterstützung
- regelmäßige und personenbez. Hilfe selbstorgan. Assistenzleistung
- + s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit
- ++

Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF-CY)

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe

	Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF-CY)		Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe		Ggf. prof. Kommentar
			Wer bzw. was?		
1 d110 Zuschauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d115 Zuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d120 Andere sinnliche Wahrnehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d130 Nachmachen, nachahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d132 Informationen erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d133 Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d134 Zusätzliche Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d135 Üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d137 Konzepte aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d155 Sich Fertigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d160 Aufmerksamkeit fokussieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d161 Aufmerksamkeit lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d163 Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d175 Probleme lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 d177 Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 d210 Einzelaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 d220 Mehrfachaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 d250 Sein Verhalten steuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 d315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 d330 Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 Mitteilungen produzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 d350 Konversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name des Kindes

Vorname des Kindes

Aktenzeichen

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (für die Planung)

- ICF-CY 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
 - v verzögert
 - leichte Ausprägung
 - mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
 - erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
 - voll ausgeprägte Beeinträchtigung
 - ∅ nicht anwendbar / feststellbar
 - i Weitere Informationen nötig

Fähigkeiten

8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der Hilfen nach SGB IX

- keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- Information, Orientierung, Anleitung
- Kompensation / Übernahme
- individuelle Planung und Feedback
- begleitende, übende Unterstützung
- regelmäßige und personenbez. Hilfe
- + selbstorganis. Assistenzleistung
- ++ s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF-CY)		Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe			
		Wer bzw. was?		Ggf. prof. Kommentar	
4 d410 Elementare Körperposition wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d415 In einer Körperposition bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d420 Sich verlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d430 Gegenstände anheben und tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d440 Feinmotorischer Handgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d445 Hand und Arm gebrauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d450 Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d455 Sich auf andere Weise fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 d470 Transportmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d510 Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d520 Seine Körperteile pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d530 Die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d540 Sich kleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d550 Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d560 Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d570 Auf seine Gesundheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 d571 Auf eigene Sicherheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 d660 Anderen helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d104 Soziale Zeichen in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d7105 Körperlicher Kontakt in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d7106 Unterscheidung bekannter Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d730 Mit Fremden umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 d760 Familienbeziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d810 Informelle Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d815 Vorschulerziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d880 Sich mit Spielen beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d8800 Solitärspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d8801 Beobachtungsspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 d8802 Parallelspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <input type="text" value="Kooperationspiel"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 d910 Gemeinschaftsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 d920 Erholung und Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 d930 Religion und Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 d940 Menschenrechte / Kinderrechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ITP Sachsen / FrüKi U6 Version 2.0

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

Name des Kindes

Vorname des Kindes

Aktenzeichen

10) Klärung des Bedarfs im Bereich soziales Leben / Spiel bei mehreren Beteiligten

Entwicklungsfokus des Kindes:

Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:

Aktuelle Situation / Umweltfaktoren im Bereich Kindertagesbetreuung:

Persönliche Situation:

Soziale Beziehungen in der KiTa:

Einschränkungen:

Umfeldfaktoren:

Sächliche / räumliche Bedingungen in der Kindertagesbetreuung:

Konkrete Ziele und Indikatoren im Bereich Kindertagesbetreuung:

Ziel c1:

Ziel c2:

Indikator c1:

Indikator c2:

Personenbezogene Ressourcen:

Aktivierbare Hilfen im Umfeld:

Vorgehen:

Vorgehen für Ziel c1:

Vorgehen für Ziel c2:

Name des Kindes

Vorname des Kindes

Aktenzeichen

11) Vorgehen in Bezug auf die Bereiche: (Bitte angeben, ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)

Persönliche Ziele für das Kind:

Ziel a1: Vorgehen: Ziel a2: Vorgehen: Ziel a3: Vorgehen:

Ziele im Bereich Versorgung / häusliches Leben:

Ziel b1: Vorgehen: Ziel b2: Vorgehen:

Ziele für soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:

Ziel c1: Vorgehen: Ziel c2: Vorgehen:

Leistungen im Rahmen des Förder- und Behandlungsplans / SGB V:

[Empty table for SGB V services]

Pflegeleistungen / Zusätzliche Betreuungsleistungen:

[Empty table for care services]

12) Erbringung: Benennung: Einrichtung / Dienst / Fachkraft / Mitarbeiter selbständig (mit Assistenz)

13) Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs Zyklus und Höhe des Aufwands

Table with 3 columns: Erbringung durch, Wie oft, Aufwand. Contains 3 rows of empty cells.

Table with 3 columns: Erbringung durch, Wie oft, Aufwand. Contains 2 rows of empty cells.

Table with 3 columns: Erbringung durch, Wie oft, Aufwand. Contains 2 rows of empty cells.

Table with 3 columns: Erbringung durch, Wie oft, Aufwand. Contains 3 rows of empty cells.

Table with 3 columns: Erbringung durch, Wie oft, Aufwand. Contains 2 rows of empty cells.

Name des Kindes
Vorname des Kindes
Aktenzeichen

14. Bisherige Erfahrungen der Erziehenden mit Hilfen:

15. Andere Sichtweisen skizzieren von

- Erziehenden
 Fachkräfte, z.B. Kita
 ggfs. auch Kind

Ergänzende Hinweise des Bedarfsermittlers:

16. Koordination des ITP

Mitwirkende bei der Erstellung des ITP:

Koordinierende Fachkraft:

Name

Kontaktdaten

Vertretung:

Name

Kontaktdaten

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

- schriftlich
 mündlich
 in Gesamtpflichtkonferenzen

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

17. Erklärung der sorgeberechtigten Person

Der Weitergabe des ITP wurde zugestimmt:

- Leistungserbringer: _____
 Leistungsträger: _____
 Sonstige: _____
 Ggf. keine Weitergabe an: _____

Der/die Sorgeberechtigte verzichtet auf die Übersendung des ITP.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Kindes	Vorname des Kindes	Aktenzeichen

Zusatzblatt

Bitte benutzen, falls mehr Platz benötigt wird:

Zu diesem ITP FrüKi / U6 wurden folgende Ergänzungsbögen verwendet und beigelegt (bitte ankreuzen):

- P (Pflegerische Unterstützung)

Datum / Unterschrift Leistungsträger

Name des Kindes

Vorname des Kindes

Aktenzeichen

Überprüfung / Fortschreibung / Ergebnis

ZEITRAUM von: bis:

a) Allgemeine Ziele für das Kind

Ziel a1 wurde:	Ziel soll:	Indikator soll:
Ziel a2 wurde:	Ziel soll:	Indikator soll:
Ziel a3 wurde:	Ziel soll:	Indikator soll:

b) Versorgung / häusliches Leben

Ziel b1 wurde:	Ziel soll:	Indikator soll:
Ziel b2 wurde:	Ziel soll:	Indikator soll:

c) Soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel

Ziel c1 wurde:	Ziel soll:	Indikator soll:
Ziel c2 wurde:	Ziel soll:	Indikator soll:

Bewertung Bezugsperson / Sorgeberechtigter / ggf. Kind:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum: BearbeiterIn:

Unterschrift Leistungsträger:

ERGÄNZUNGSBOGEN

A Vorgeschichte / Abhängigkeit

ITP® Sachsen

Vorname
 Name
 Erstellt am (Datum)
 Erstellt von (Name)

1. Familienstand

Zahl der Kinder

Geburtsjahr/e des Kindes / der Kinder

3. ergänzende Angab. zur Lebenssituation

(z. B. bisherige „ohne festen Wohnsitz-Erfahrungen“ und Zeitraum)

2. Einkommensverhältnisse

(Mehrfachauswahl möglich)

z. Zt. kein Einkommen

Eigene Erwerbstätigkeit

Berufsunfähigkeitsrente Antrag gestellt

Erwerbsunfähigkeitsrente Antrag gestellt

Erwerbsminderungsrente Antrag gestellt

Altersrente Antrag gestellt

Witwengeld

Krankengeld

Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld II / Sozialgeld

Sozialhilfe / Grundsicherung

BAföG Stipendium Ausbildungsgeld

Unterhalt durch Familienangehörige (wer?):

Sonstiges Einkommen (bitte Art angeben)

Höhe des Einkommens (bitte angeben):
ca. EURO pro Monat

4. Krankengeschichte

In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre, teilstationäre oder ambulante psychiatrische oder psychosomatische Behandlung?	Zurückliegende (teil-)stationäre medizinische Behandlungen	Anzahl insgesamt	davon vorzeitig abgebrochen	planmäßig beendet
Mit <input type="text"/> Jahren	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann war der letzte stationäre Aufenthalt? <input type="text"/>	Psychosomatik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie lange dauerte dieser? <input type="text"/> Wochen	(Qualifizierte) Entgiftungsbehandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Entwöhnungsbehandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Suchtanamnese

Alter bei erstem häufigerem Suchtmittelkonsum?

Andere Diagnosen (z.B. Essstörungen, Spielsucht etc.):

Beigebrauch

Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten (nur Hauptsubstanz auswählen):

Andere Substanzen:

Applikationsformen: oral nasal Rauch nicht i.v.-injiziert i.v.-injiziert

Gibt es hochriskante Konsumphasen?

Gibt es Erfahrungen mit Abstinenz und (fremd-) kontrolliertem Konsum außerhalb von stationären Einrichtungen und Kliniken?

z. Zt. Abstinenz seit

frühere Cleanphasen von mehr als 8 Wochen: Wie oft? Wie lange?

Phasen des kontrollierten / reduzierten Konsums: Wie oft? Wie lange?

Ergänzende Angaben:
z. B. aktueller Konsum (die letzten 30 Tage), Anlass für Abstinenz oder kontrollierten Konsum oder Aufgabe des polyvalenten Konsums? Gründe für Wiederaufnahme des Konsums? Funktion des Konsums?

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

A Vorgeschichte / Abhängigkeit

ITP® Sachsen

Vorname

Name

Aktenzeichen

6. Psychopharmakologische und / oder Substitutionsbehandlung

In welchem Jahr erstmalig pharmakologisch / substitutionsbehandelt:

Seitdem behandelt worden mit (Mehrfachnennungen möglich, alle Stoffgruppen angeben):

- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Sonstige:
- Tranquillizer
- Lithium / Carbamecepin
- Methadon / Polamidon
- Acamprosat / Clometiazol

Substitution. Angaben zur Begleitung (Wer? Wie? Wie oft?). Angaben zu den Erfahrungen mit Substitution aus Sicht der / des Antragstellers / Antragstellerin – aus Sicht von Mitarbeitern.

7. Sozialmedizinische Angaben

(Infektionskrankheiten, körperliche Erkrankungen z. B. Diabetes, Leberzirrhose, kritischer Ernährungsstand, Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus, komorbide psychische Störungen, Intelligenzminderung)

8. Rechtliche Situation / Justizielle Belastung

Aktuell:

- Lfd. Verfahren
- Bewährung**
Kontaktadresse:
- Führungsaufsicht
Kontaktadresse:
- Inhaftierung
- Maßregelvollzug

Weitere aktuelle, justizielle Belastungen

- Gerichtliche Schuldentitel
- Verbraucherinsolvenz, Restschuldbefreiungsphase seit
- Betreuung Betreuung beantragt, seit
- Scheidungsverfahren
- Führerscheinentzug

Justizielle Belastung in der Vergangenheit:

- Vorstrafen
- Anzahl bisheriger Inhaftierungen
- Gesamtdauer bisheriger Inhaftierungen in Monaten
- Enddatum letzte Inhaftierung
- Anzahl bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug
- Gesamtdauer bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug in Monaten
- Enddatum der letzten Unterbringung im Maßregelvollzug

Bewährungsaufgaben

Straftatbestände von Verurteilungen in der Vergangenheit

Schulden / Erfahrungen mit Verbraucherinsolvenz

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

A Vorgeschichte / Abhängigkeit

ITP® Sachsen

Vorname

Name

Aktenzeichen

9. Ergänzende Angaben zur rechtlichen Situation

(z. B. Bewährungsauflagen, Hafterfahrungen, Erfahrungen mit Maßregelvollzug, Deliktsspezifika, Schulden, Zusammenhänge mit Suchtproblematik, Chronologie bisheriger justizieller Belastungen)

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

B Vorgeschichte / Beruf

ITP® Sachsen

Vorname
 Name
 Erstellt am (Datum)
 Erstellt von (Name)

1. Schulausbildung (Mehrfachauswahl möglich)

	Mit Abschluss	Abgebrochen
Sonderschule / Förderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachoberschule / Polytechnikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium (allgemeines Abitur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Schule z.B. Kolleg, Handelsschule (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Führerschein

Ja, Klasse Nein

3. Berufsausbildung (Mehrfachauswahl möglich)

	Mit Abschluss	Abgebrochen
Berufsgrundbildungsjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf. Vorpraktikum / Volontariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule / Meisterschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Qualifizierung (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abgeschlossene Berufsausbildung als (bitte angeben)

Abgeschlossene Berufsausbildung als (bitte angeben)

4. Bisherige Beschäftigungen (ungefähre Angaben in Jahren, evtl. Extrablatt benutzen)

Von bis als:

Von bis als:

Von bis als:

Von bis als:

5. Derzeit (oder zuletzt) ausgeübte Tätigkeit

Hausfrau / Hausmann

mit Kindern / Pflegebedürftigen

Ehrenamtlich tätig

WfbM / Budget für Arbeit / andere Leistungsanbieter

Maßnahme, z.B. Belastungserprobung, Arbeitstherapie, ABM (bitte angeben)

Mithelfende/r Familienangehörige/r

Wehrdienst / Zivildienst, FSJ, FÖJ, FKJ, BFD

Zuverdienst / Minijob

1-2-EURO-Job

Integrationsbetrieb / Inklusionsbetrieb

Betriebliches Praktikum

Vergütete Berufstätigkeit (bitte angeben)

Sonstiges (bitte angeben)

Beamte/r Selbständige/r

Arbeiter/in Angestellte/r

6. Anerkannt schwerbehindert

ja, mit GdB Merkzeichen:

gleichgestellt Nein

7. Vorgeschichte / berufliches Training

8. Ergänzende Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit (z.B. besondere berufliche Erfahrungen)

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

B Vorgeschichte / Beruf

ITP® Sachsen

Vorname

Name

Aktenzeichen

9. Ergänzende Angaben

Toleranz in Beziehungen (d 7102)

Kritik in Beziehungen (d 7103)

Interkulturelle Kompetenz

Umgang mit Informations- und Kommunikationstechniken (d 360)

Produkte und Technologien für Erwerbstätigkeit bzw. Hilfsprodukte (e 1350 / e 1351)

Umgang mit Systemen für zivilen Schutz und Sicherheit (e 5451), besonders hier Arbeitssicherheit

10. Bedeutsame Entwicklungen und Erfahrungen, spezifische Interessen und Neigungen im Bereich Beruf / Tätigkeit

11. Ergänzende Angaben

(z.B. Abschluss von Betriebsvereinbarungen, erfolgreiche und weniger erfolgreiche Arbeitserprobungen, frühere adäquate Problembewältigungen der antragstellenden Person im Bereich Beruf / Tätigkeit)

ERGÄNZUNGSBOGEN

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation



Anamnese für

Vorname

Name

Erstellt am (Datum)

Erstellt von (Name)

A. Biografie, soziale und gesundheitliche Angaben für die antragstellende Person:

1. Wer gehört zur Kernfamilie der antragstellenden Person? Ist sie / er: ledig; verheiratet seit; verwitwet seit; geschieden seit; Lebenspartnerschaft seit; getrennt lebend seit? Hat sie / er eigene Kinder?

2. Wie ist die antragstellende Person aufgewachsen?

(in Familie, Patchworkfamilie, Pflegefamilie, stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung):

3. Zu welchen Angehörigen besteht noch Kontakt? Zu welchen Angehörigen ist der Kontakt abgerissen?

Welche Angehörigen sind wann verstorben?

4. Familienmilieu, in der die antragstellende Person aufgewachsen ist (z. B. Migrationshintergrund, emotionale Atmosphäre):

5. Ist die antragstellende Person mit Geschwistern / Halbgeschwistern / anderen Kindern oder als Einzelkind aufgewachsen?

6. Wer war die wichtigste/n Bezugsperson/en in der Kindheit? Hat diese gewechselt?

7. Sind Eltern-Kind-Probleme in der Kindheit bekannt / Bindungsstörungen?

8. Gab es in der Kindheit eine fehlende Sprachentwicklung oder besondere Sprachbegabungen / besondere Spracheigenheiten?

Mit welcher Sprache ist die antragstellende Person aufgewachsen?

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation



Anamnese für
Vorname Name

A. Biografie, soziale und gesundheitliche Angaben für die antragstellende Person:

9. In welcher sozioökonomischen Situation ist die antragstellende Person aufgewachsen?
(Stadt / Land, Wohnsituation):

10. Sind die grundlegenden psychosozialen Bedürfnisse (z. B. Versorgung, Schutz, Spiel) **in der Kindheit / Jugend befriedigt worden?**

11. Hat die antragstellende Person schwere Krankheiten oder den Verlust von Bezugspersonen durch Tod in der Kindheit erlebt?

12. Gibt es bekannte Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen in der Kindheit / Jugend?

13. Gab es bekannte Probleme in Kindergruppen (z. B. Kita, Grundschule)?

14. Welche Schulerfahrungen (Misserfolge, Erfolge, erreichte Schulabschlüsse) **hat die antragstellende Person?**

Hat die antragstellende Person den Schulbesuch verweigert, hat sie / er Mobbing erfahren?

15. Gab es bekannte Fehlanpassungen in der Kindheit (*Kleinkind*: exzessive Erregung / Schreien, Kopfschlagen, Wutausbrüche | *Kind*: oppositionelles und / oder aggressives Verhalten gegenüber Bezugspersonen, Hyperaktivität, schwierige Impulskontrolle | *Schulkinder*: zwanghaftes Verhalten, Isolation, destruktives Verhalten in Gruppen | *Pubertät*: Identität, Sexualität)?

ITP Sachsen Version 2.0

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation

Anamnese für

Vorname

Name

B. Kommunikation:

1. Wie verändert sich Kommunikation in Krisen / bei Stress?

2. Welche Möglichkeiten sich mitzuteilen hat die antragstellende Person jetzt?
(Sprache, Gesten, Kommunikationssysteme, alternative Kommunikationsformen):

3. Wie kann das passive Sprachverständnis beschrieben werden?

4. Welche körpersprachlichen Mittel sind für die antragstellende Person wichtig?

5. Wie verändert sich die Kommunikation, wenn er / sie aufgeregt ist?

6. Wie zeigt die antragstellende Person Freude und Zustimmung?

7. Wie zeigt die antragstellende Person Ablehnung und Frustration?

8. Kann die antragstellende Person sich an Zukunftsplanung oder an der Auswahl / Verhandlung von Teilhabezielen beteiligen? Welche Erfahrungen gibt es dazu?

9. Sind mit der antragstellenden Person bereits Methoden der stellvertretenden Beteiligung für Ihre / seine Teilhabeziele erprobt worden? Welche Erfahrungen gibt es dazu?

ERGÄNZUNGSBOGEN

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation



Anamnese für
Vorname Name

C. Aktuelle Bewältigungsversuche bei Stress / Fehlanpassungen:

1. Selbstverletzung (welche Formen, wie häufig)? Suizidversuche?

2. Aggressionen gegenüber nahestehenden Personen (welche Formen, wie häufig)?

3. Exzessive Aufmerksamkeit suchen (welche Form, wie häufig)?

4. Ist Problemverhalten, das psychische Störungen anzeigen kann, im Lebensfeld Wohnen oder Arbeit beobachtet worden (z. B. Flashbacks, Panikzustände / starke Ängste, Übererregungszustände, nicht mehr aufstehen können, nicht mehr kommunizieren wollen, in eine eigene Welt zurückziehen, wahnhafte Ideen, delirante Zustände, Zerstörung von Gegenständen, Sammeln von Gegenständen / Lebensmitteln, Zwänge, Weglaufen)?

5. Ist die antragstellende Person in ambulanter psychiatrischer Behandlung? Bei wem und wie häufig?

6. Welche Medikamente sind für was verordnet?

7. Welche unerwünschten Wirkungen / Nebenwirkungen der Medikation werden von der antragstellenden Person berichtet oder sind von Mitarbeitern beobachtet?

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation



Anamnese für
Vorname Name

C. Aktuelle Bewältigungsversuche bei Stress / Fehlanpassungen:

8. Gibt es Erfahrungen mit externer Krisenintervention (z. B. Psychiatrie, Krisendienst) oder externer Beratung (z. B. Konsulententeams, Fachdienste)?

9. Gibt es Erfahrungen mit Suchtmitteln (Alkohol, Cannabis, andere...) als Auslöser oder Bewältigungsversuch von Spannungen?

D. Körperliche Erkrankungen und ihre begleitenden Erfahrungen:

1. Hat die antragstellende Person kontinuierliche oder häufig wiederkehrende Schmerzen oder kontinuierliche oder häufig wiederkehrende Beschwerden wie Schwäche, Angst, Erregbarkeit, Reizbarkeit und Stimmungsveränderungen?

2. Hat die antragstellende Person häufig wiederkehrende oder chronische Erkrankungen (wie z. B. Kopfschmerzen / Migräne, Anfälle, Menstruationsbeschwerden, Mittelohrinfektionen, Allergien, Hauterkrankungen, Herzprobleme, Schlafstörungen, Verstopfungen oder Durchfälle, Epilepsien, Zahninfektionen, Adipositas / Gewichtszunahme, Diabetes, Tremor, Veränderungen des Gangbildes)?

3. Wie wird die antragstellende Person allgemeinärztlich begleitet? (Von wem, wie häufig?)

4. Welche Medikamente sind für was verordnet?

5. Ist eines der folgenden genetischen Syndrome diagnostiziert (Cornelia-de-Lange-Syndrom, Cri-du-Chat-Syndrom, Fragiles X-Syndrom, Lesch-Nyhan-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Rett-Syndrom, Smith-Magenis-Syndrom, Williams Syndrom)?

6. Gibt es eine Diagnose Autismusspektrumsstörung? ADHS?

7. Gibt es bekannte körperliche Funktionsstörungen (Sinneswahrnehmung, ausführende Funktionen, z. B. Handmotorik)?

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation



Anamnese für
Vorname Name

E. Umfeldbedingungen:

1. Welche für die antragstellende Person nicht-angepasste Umweltbedingungen gibt es in der aktuellen Lebenssituation / Was bereitet Probleme im Umfeld? (zum Beispiel: Lärm, viele Menschen, unruhige Atmosphäre, Langeweile / Anrengungsarmut, enge Räume, Treppenhäuser, Fahrzeuge ...)?

2. Welche adäquate Strukturierung der Umwelt benötigt die antragstellende Person, damit Sie zurecht kommt (Über- und Unterstimulierung bedenken)?

3. Welche klaren sozialen Regeln schützen die antragstellende Person vor sie überfordernden Situationen?

F. Rechtliche Situation:

1. Die gesetzliche Betreuung erfolgt durch Angehörige Berufsbetreuer

2. Welche Wirkungskreise umfasst die gesetzliche Betreuung?

3. Wie nimmt die gesetzliche Vertretung ihre Rolle wahr?

4. Wie gut und zuverlässig ist die gesetzliche Betreuung zur Abklärung in Krisen zu erreichen?

5. Gibt es justizielle Belastungen auf dem Hintergrund von Problemverhalten der antragstellenden Person (Anzeigen / Verfahren / Unterbringung)?

6. Welches Problemverhalten hat schon justizielle Belastungen ausgelöst (Ruhestörung, körperliche Angriffe, sexuelle Übergriffe)?

7. Ist die antragstellende Person schon einmal Opfer einer Straftat gewesen?

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation



Anamnese für
Vorname Name

G. Dynamik des Problemverhaltens aus Sicht der begleitenden / betreuenden Mitarbeiter:

1. Was wissen wir über die Auslöser von Problemverhalten der antragstellenden Person (intern / extern)?

2. Was haben wir für eine Idee über das, was diese Auslöser bei der antragstellenden Person innerlich bewirken?

3. Welche Reaktion des Umfeldes (durch wen und wie?) erfolgt auf das Problemverhalten in der Regel?

4. Welche Konsequenzen verstärken das Problemverhalten?

5. Welche Konsequenzen sichern die antragstellende Person bzw. sein/ihr Umfeld vor Schäden?

6. Ein Beispiel für eine die Situation entschärfende Reaktion des Umfeldes?

7. Gibt es pädagogische / therapeutische Konzepte, die im Lebensalltag mit der antragstellenden Person verfolgt werden? (Beginn? Wer führt durch?)

8. Welche Erfahrungen wurden damit gemacht?

ERGÄNZUNGSBOGEN

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation



Anamnese für

Vorname

Name

H. Ressourcen und Perspektiven der Klientin / des Klienten:

1. Welche bedeutsamen sozialen Kontakte bestehen für die antragstellende Person in der jetzigen Lebenssituation (Angehörige / Freunde / Kollegen / Mitbewohner oder Nachbarn / Religionsgemeinschaften / Freizeitgruppen)?

2. Welche Person ist der antragstellenden Person besonders wichtig?

3. Welche materiellen Ressourcen hat die antragstellende Person zur Verfügung? (z. B. in Bezug auf Geld, Gelegenheit sich etwas zu kaufen, Konto, Spiele, Radio, Fernseher / PC, anderer persönlicher Besitz)?

4. Wie beruhigt sich die antragstellende Person selbst?

5. Wie lenkt sie / er sich ab?

6. Was macht ihr / ihm Freude? Was macht ihr / ihm Spaß?

7. Welche Unterstützung durch Mitarbeiter wird gerne angenommen?

8. Welche gelungenen Lern- / Bildungserfahrungen hat die antragstellende Person?

9. Welche Tätigkeiten machen ihr / ihm Spaß? Was kann sie / er besonders gut?

10. Was macht sie / er gerne für Andere?

11. Wie schlichtet sie / er Streit oder löst Alltagskonflikte?

ITP Sachsen Version 2.0

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Planung	Für den Zeitraum von - bis	Erstellt von (Name)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Erstellt am (Datum)	Aktenzeichen

A. Biografie, soziale Angaben

Welche Angaben haben eine Bedeutung für die aktuelle Situation? Bitte hier erläutern:

Hinweis: Bei Relevanz bitte Angaben im ITP auf Seite 2 unter 4 einbinden.

B. Kommunikation

Welche Angaben haben eine Bedeutung für die Absprachen zum Vorgehen?
Wie wurde die antragstellende Person bei der Wahl der Teilhabeziele beteiligt?

Bitte hier erläutern:

C. Welche Bewältigungsversuche bei Stress / Fehlanpassungen sind derzeit vordringlich?

Bitte hier erläutern:

Hinweis: Bei Relevanz bitte Angaben im ITP auf Seite 3 unter „funktionale Beeinträchtigungen / Umfeldhilfen / Art der professionellen Hilfen“ einbinden.

D. Welche körperlichen Erkrankungen sind derzeit vordringlich?

Welche Hilfen / Leistungen im Bereich Gesundheit (stationär / ambulant / medizinische Pflege) sind im Planungszeitraum zu erwarten? Stehen diese Ziele in einem Zusammenhang mit dem Teilhabeziel der antragstellenden Person?

Bitte hier erläutern:

ERGÄNZUNGSBOGEN

C Herausforderndes Verhalten / Kommunikation

ITP® Sachsen

Vorname
Name
Aktenzeichen

E. Umfeldbedingungen

Welche Anpassungen der Umwelt an die Bedarfe der antragstellenden Person sind im ITP aktuell geplant?

Bitte hier erläutern:

F. Rechtliche Situation

Welche Angaben haben eine Bedeutung für den Teilhabeplan?

Bitte hier erläutern:

G. Dynamik des Problemverhaltens

Welches fachliche Konzept ist handlungsleitend?

Bitte hier erläutern:

Hinweis: Bei Relevanz bitte Angaben im ITP auf Seite 3 unter „Art der professionellen Hilfen“ einbinden.

H. Ressourcen und Perspektiven der antragstellenden Person

Stehen alle Ziele im ITP in einem Zusammenhang mit dem Teilhabeziel der antragstellenden Person?
Welche Ressourcen sind besonders wichtig? Sind alle Angaben in Stichworten im ITP zu finden?

Bitte hier erläutern:

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

PU zur Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs

ITP® Sachsen

von:
 Vorname Name Erstellt am (Datum) Erstellt von (Name)

A. Sozialer Nahraum und gesundheitliche Angaben der leistungsberechtigten Person:

1. In welcher sozialen Situation wird die Pflege geleistet?

2. Liegen besondere Versorgungskonstellationen und Pflegerisiken vor? (z. B. ausgeprägte Schmerzsymptomatik, andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit, ausgeprägte Spastiken / Kontrakturen, respiratorische Insuffizienz, Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung, Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit / auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis). Liegen Pflegerisiken im Sinne des SIS vor? (Strukturierte Informationssammlung Pflege – tägliche Dokumentationsanforderung) Dekubitus, Schmerz, Sturzgefahr, Inkontinenz, Ernährung (häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung der Ernährung durch Sondennahrung mit Fremdhilfe oder parenterale Ernährung).

3. Sind chronische Erkrankungen – gravierende körperliche Gesundheitsprobleme – bekannt? (z. B. Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Kiefer und Zahnerkrankungen, Knochen und Gelenkerkrankungen, Epilepsien, Diabetes, chronisch rezidivierende Autoimmun-Erkrankungen...).

4. Ist häufige oder kontinuierliche krankenpflegerische Unterstützung / Behandlungspflege verordnet? (z. B. Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Stomaversorgung, Katheter).

5. Ist häufige oder kontinuierliche körperlich-pflegerische Unterstützung verordnet bzw. nötig und vereinbart? (z. B. bei Einreibungen, Kälte- oder Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck), Umgang mit körpermahen Hilfsmitteln – z. B. Prothesen, kieferorthopädischen Apparaturen, Kompressionsstrümpfen, bei Verbandwechsel, Abführmethoden, Einhaltung von Diäten oder anderen ärztlichen Verhaltensvorschriften).

6. Ist häufige oder kontinuierliche Assistenz bei krankheitsbezogenen Anforderungen nötig und vereinbart? (z. B. erforderliche Koordination und Erinnerung an Termine, Organisation von Fahrten (ist persönliche Begleitung zu therapeutischen oder ärztlichen Terminen nötig?), Erinnerung an Medikamenteneinnahme, Beschaffung und Organisation der Medikation, persönliche Berücksichtigung von besonderen Zeiten der Medikation).

7. Ist eine häufige oder kontinuierliche Assistenz bei der Organisation von Therapie oder Gesundheitsleistungen erforderlich?

8. Welche pflegerelevanten persönliche Faktoren sind zu beachten? (z. B.: persönlicher Tag-Nachthrythmus, Bevorzugung / Akzeptanz von Männern / Frauen bei der Pflegeunterstützung, Vorlieben bei Ansprache / Körperkontakt).

Folgerungen für das Themenfeld A

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

PU zur Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs



von:
Vorname Name

B. Mobilität

- 1. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Positionswechsel erforderlich? (im Bett, beim Sitzposition halten, beim Aufstehen oder Umsetzen)
- 2. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Bewegung innerhalb des Wohnbereichs erforderlich? (hier bitte auch Besonderheiten des Umfeldes erwähnen)
- 3. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Treppensteigen erforderlich?
- 4. Wird häufig oder kontinuierlich herausforderndes Verhalten bei der Mobilität erlebt? (z. B. hoher Bewegungsdrang, Abwehr / Verweigerung von Bewegungen).

Folgerungen für das Themenfeld B		Wie häufig erforderlich?
a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

- 1. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung erforderlich?
- 2. Häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei Anforderungen an das Kurzzeitgedächtnis, bei mehrschrittigen Alltagshandlungen?
- 3. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Verstehen von einfachen Sachverhalten und Informationen oder bei Entscheidungen des Alltagslebens und beim Einschätzen von Risiken und Gefahren erforderlich?
- 4. Häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Mitteilen elementarer Bedürfnisse, beim Verstehen von Aufforderungen oder bei der Beteiligung an einem Gespräch? – Unterstützte Kommunikation –
- 5. Wird oder werden häufig oder kontinuierlich herausforderndes Verhalten / bzw. Risiken bei der Kommunikation erlebt? (z. B. sehr häufiges Wiederholen und Nachfragen, Beschimpfen und Schreien, Verweigern von Kommunikation).

Folgerungen für das Themenfeld C		Wie häufig erforderlich?
a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

PU zur Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs



von:
Vorname Name

D. Leben in sozialen Beziehungen: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt. Zur Erarbeitung von psychosozialen therapeutischen Strategien siehe hier auch Bogen C – herausforderndes Verhalten)

1. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei motorischen Verhaltensauffälligkeiten, nächtlicher Unruhe, selbstschädigendem oder autoaggressivem Verhalten nötig?

2. Wird häufige oder kontinuierliche Unterstützung der Person bzw. des Umfeldes bei Beschädigung von Gegenständen, verbaler Aggression, physisch aggressivem Verhalten und der Abwehr von pflegerischen Maßnahmen benötigt?

3. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ängsten, Antriebslosigkeit, depressiver Stimmungslage und inadäquaten Verhaltensweisen / Handlungen erforderlich?

4. Birgt häufiges oder kontinuierliches herausforderndes Verhalten der Person deutliche Risiken in sozialen Beziehungen? (Gestaltung der Beziehungen im häuslichen Umfeld, im außerhäuslichen Bereich).

5. Wird die Person in ihren sozialen Beziehungen durch Nicht-Fachkräfte unterstützt? (z. B. durch Freunde, Angehörige)

Folgerungen für das Themenfeld D

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. Selbstversorgung

1. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung bei der Blasenkontrolle oder Darmkontrolle / Inkontinenz bzw. der künstlichen Harnableitung oder Colo- / Ileostoma-Versorgung erforderlich?

2. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung beim Waschen des vorderen Oberkörpers, des Intimbereichs, beim Kämmen, der Zahnpflege / Prothesenreinigung und ggfs. beim Rasieren nötig?

3. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung des Duschens oder Badens und beim Auskleiden des Ober- oder Unterkörpers erforderlich?

4. Ist eine häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Essen und / oder Trinken erforderlich? (z. B. Erforderlichkeit von mundgerechter Zubereitung / Eingießen oder Bereitstellung von Essen, Trinken in Griffbereitschaft servieren).

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

PU zur Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs

ITP® Sachsen

von:
Vorname Name

E. Selbstversorgung (Fortsetzung)

5. Ist eine häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Toilettenbenutzung und der Intimhygiene / Menstruation erforderlich?

6. Gibt es bei der pflegerischen Unterstützung zur Umsetzung größtmöglicher Autonomie und Kompetenz herausfordernde Spannungsfelder der Akzeptanz von persönlichen Vorlieben für Fachkräfte im Bereich Hygiene / Ethik / Sorge?

Folgerungen für das Themenfeld E

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F. Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte außerhäusliche Aktivitäten

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

1. Ist eine häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Gestaltung des Tagesablaufs bzw. bei dessen Anpassung an Veränderungen beziehungsweise beim sich Beschäftigen und der Planung von Zukunft nötig?

2. Benötigt die antragstellende Person häufige oder kontinuierliche nicht-medikamentöse Unterstützung beim Ruhen und Schlafen?

3. Ist eine häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Interaktion mit Personen im direkten Kontakt und bei der Kontaktpflege außerhalb des direkten Umfeldes erforderlich?

4. Ist häufig oder kontinuierlich Unterstützung beim Verlassen der Wohnung / des Wohnbereiches, nötig – und weshalb?

5. Ist häufig oder kontinuierlich Unterstützung bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und /oder beim Mitfahren in einem PKW oder Taxi nötig?

6. Ist eine kontinuierliche Unterstützung bei der Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen erforderlich?

7. Wird die antragstellende Person bei der Gestaltung des Alltags bzw. bei außerhäuslichen Aktivitäten durch Nicht-Fachkräfte (z. B. Freunde, Angehörige ...) unterstützt? Wer unterstützt bei was?

Folgerungen für das Themenfeld F

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

PU zur Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs



von: _____
Vorname Name

G. Haushaltsführung

1. Ist häufig oder kontinuierlich eine Unterstützung des Einkaufens für den täglichen Bedarf / die Bereitstellung von Lebensmitteln nötig?

Empty text box for answer 1

2. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Zubereitung von einfachen Mahlzeiten und (Heiß-)Getränken erforderlich?

Empty text box for answer 2

3. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei einfachen und/oder aufwändigen Aufräum- und Reinigungsarbeiten erforderlich?

Empty text box for answer 3

4. Benötigt die antragstellende Person häufig oder kontinuierlich Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen, bei der Regelung finanzieller Angelegenheiten, bei der Regelung von Behördenangelegenheiten?

Empty text box for answer 4

5. Ist Unterstützung bei der Haushaltsführung durch Nicht-Fachkräfte (Freunde, Angehörige...) nötig. Wer macht was?

Empty text box for answer 5

6. Ist häufig oder kontinuierlich Unterstützung bei Konflikt-Risiko- und Aushandlungssituationen nötig, die sich durch Pflegehandlungen und Wohnsituation ergeben?

Empty text box for answer 6

Folgerungen für das Themenfeld G

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)	_____	_____
b)	_____	_____
c)	_____	_____

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

PU zur Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs

ITP® Sachsen

von:
Vorname Name Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Planung	Für den Zeitraum von - bis	Erstellt von (Name)	Erstellt am (Datum)	Aktenzeichen

Zusammenfassung

A. Sozialer Nahraum und gesundheitliche Angaben für antragstellende Person:

Folgerungen für das Themenfeld A

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche der Folgerungen aus dem Themenfeld haben eine Bedeutung für die aktuelle Situation der antragstellenden Person? Diese pflegerelevanten Hinweise bitte auch auf Seite 2 des ITP unter 4. *Stichworte zur aktuellen Situation* eintragen.

Werden regelmäßig SGB V (Krankenversicherungsleistungen) in Anspruch genommen, setzen Sie bitte auch im ITP das entsprechende Kreuz. Bitte tragen Sie chronische Erkrankungen /anhaltende gesundheitliche Belange in das Freifeld auf Seite 1 (z. B. Diabetes). Diese sollten auch mit einem Schweregrad der Beeinträchtigung eingeschätzt werden, dies kann auf Seite 3 im Freifeld eingetragen werden (wenn möglich bereits mit ICF-Kode (platzsparend). Wenn schriftsprachlich zu wenig Platz ist, nutzen Sie das Ergänzungsblatt).

B. Mobilität

Folgerungen für das Themenfeld B

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Andauernde Mobilitätseinschränkungen sollten im ITP in Stichworten auf Seite 2 unter 4 *Stichworte zur aktuellen Situation* eingetragen werden. Um den Schweregrad der Beeinträchtigung einzuschätzen, sollten Sie auf Seite 3 den Beeinträchtigungsgrad „des Gehens“ sowie „sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen“ angeben.

C. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Folgerungen für das Themenfeld C

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis: Bei ausgeprägten und umfassenden Hilfen im Bereich *herausforderndes Verhalten* sollte zunächst der **Ergänzungsbogen C** bearbeitet und die Erkenntnisse daraus in den ITP übertragen werden. Falls dies nicht zutrifft, oder nur wenige Hinweise auf Hilfen aus der pflegerischen Unterstützung vorliegen, sollten Sie auch hier nur Angaben übertragen, wenn dieses Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.

Falls beide Hinweise nicht zutreffen, wären auf Seite 3 im ITP Sachsen „Beeinträchtigungen der Orientierung“, die „Beeinträchtigungen des Gedächtnis“ und „höhere kognitive Funktionen“, „Beeinträchtigungen der Kommunikation“, „Lesen und Schreiben“ bzw. „Hören oder Sehen“ einzutragen.

ITP Sachsen Version 2.0

ERGÄNZUNGSBOGEN

PU zur Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs

ITP[®] Sachsen

Vorname Name

Aktenzeichen

D. Leben in sozialen Beziehungen: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Folgerungen für das Themenfeld D

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis: Bei ausgeprägten und umfassenden Hilfen im Bereich *herausforderndes Verhalten* sollte zunächst der **Ergänzungsbogen C** bearbeitet und die Erkenntnisse daraus in den ITP übertragen werden. Bitte übertragen Sie auch bei wenig umfassenden Hinweisen auf Hilfen aus der *pflegerischen Unterstützung* nur, wenn dieses Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.

Auf Seite 3 des ITP Sachsen wären Beeinträchtigungen unter 3 „*Impulskontrolle*“ im Ausmaß einzuschätzen, ebenso „*Antrieb*“, unter 2 „*psychische Stabilität*“, unter 8 „*emotionales Erleben*“, unter 9 „*Inhalt und Kontrolle des Denkens*“ und unter 4 „*Drang nach Suchtmitteln*“.

E. Selbstversorgung

Folgerungen für das Themenfeld E

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte schätzen Sie auf Seite 3 das „*sich waschen und den Körper pflegen*“ in der Ausprägung der Beeinträchtigung ein. Ebenso das „*Essen / Essverhalten*“, das „*Trinken*“ und die „*Toilettenbenutzung*“.

F. Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte außerhäusliche Aktivitäten

Folgerungen für das Themenfeld F

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

G. Haushaltsführung

Folgerungen für das Themenfeld G

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte schätzen Sie auf Seite 3 das Ausmaß der Beeinträchtigung beim „*Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Hausarbeiten erledigen, Umgang mit Geld, Kontoführung, Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden*“ ein.

Erstellt von (Name):

Erstellt am (Datum):

Unterschrift:

ITP Sachsen Version 2.0

Abs.: SV SAXONIA Verlag GmbH, Lingnerallee 3, 01069 Dresden
Postvertriebsstück, Deutsche Post AG, „Entgelt bezahlt“, ZKZ 73797

Impressum

Herausgeber:

Sächsische Staatskanzlei
Archivstraße 1, 01097 Dresden
Telefon: 0351 564 11312

Verlag:

SV SAXONIA Verlag für Recht, Wirtschaft und Kultur GmbH
Lingnerallee 3, 01069 Dresden
Telefon: 0351 48526-0
Telefax: 0351 48526-61
E-Mail: gvbl-abl@saxonia-verlag.de
Internet: www.recht-sachsen.de

Verantwortlicher Redakteur: Rechtsanwalt Frank Unger

Druck:

Stoba-Druck GmbH, Am Mart 16, 01561 Lampertswalde

Redaktionsschluss:

1. April 2019

Bezug:

Bezug und Kundenservice erfolgen ausschließlich über den Verlag (siehe obige Kontaktdaten). Der Preis für ein Jahresabonnement des Sächsischen Amtsblattes beträgt 199,90 EUR (gedruckte Ausgabe zzgl. 39,37 EUR Postversand) bzw. 107,97 EUR (elektronische Ausgabe). Der Preis dieser Einzelausgabe beträgt 12,84 EUR und zzgl. 3,37 EUR bei Postversand. Alle genannten Preise verstehen sich inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer. Das Abonnement kann ausschließlich schriftlich mit einer Frist von sechs Wochen zum Kalenderjahresende gekündigt werden.