

# Sächsisches Amtsblatt

Sonderdruck Nr. 3/2019

9. April 2019

## Inhaltsverzeichnis

### **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 .....	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 bio-psycho-sozialen 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

Dresden, 8. März 2019

Ulrich Menke  
Abteilungsleiter

**Feststellung**  
 der Teilhabebeeinschränkung zum ITP Sachsen

 Name  Vorname  Aktenzeichen 

 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  SinneZusätzliche, begleitende Beeinträchtigungen:  geistig  seelisch  Abhängigkeit  körperlich  Sinne

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

**Regelmäßige, fachärztliche Behandlung**  ja  nein

## Feststellung

der Teilhabebeeinträchtigung zum ITP Sachsen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Seite **II**

### ERLÄUTERUNGEN

- keine Beeinträchtigung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- Ø nicht spezifiziert / anwend- / feststellbar
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

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

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

**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
-

**Feststellung**

der Teilhabebeeinschränkung zum ITP Sachsen

Name

Vorname

Aktenzeichen

**ERLÄUTERUNGEN**

- keine Beeinträchtigung	... mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung	.... voll ausgeprägte Beeinträchtigung
• leichte Ausprägung	...• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung	Ø nicht spezifiziert / anwend- / feststellbar

**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

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

**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:

<input type="text"/>	für den Zeitraum von	bis	AZ: <input type="text"/>
----------------------	----------------------	-----	--------------------------

## 1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

Name	Vorname
Straße	
Postleitzahl	Wohnort
E-Mail	
Telefon	Geburtsort
geboren am	Staatsangehörigkeit
Schulbildung	
Beruf	

Familienstand / Kinder / Situation

Nächste Bezugsperson:

Name	Bezug (z.B. Betreuer, Angehöriger)
Straße	Telefon
Postleitzahl	Wohnort
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: gesetzl. Betreuer
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigung	
Name	Vorname
Straße	Telefon
Postleitzahl	Wohnort

E-Mail

Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellungsurkunde):  

## 2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen, Umfeldhilfen (z.B. Wohnsituation mit Angehörigen):  
Festgestellte ärztliche Diagnosen (ggf. dauerhafte Medikation / Hilfsmittel):  

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

 ja     neinWenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:  
 noch kein sozialmedizinisches / amtsärztliches Gutachten vorhandenBehinderung aufgrund:  
 körperlicher Beeinträchtigung  
 seelischer Beeinträchtigung  
 geistige Beeinträchtigung  
 AbhängigkeitserkrankungenZusätzliche begleitende Behinderung aufgrund:  
 körperlicher Beeinträchtigung  
 seelischer Beeinträchtigung  
 geistige Beeinträchtigung  
 Abhängigkeitserkrankungen GdB vorhanden, Umfang:  Merkzeichen: Ggf. Erläuterungen (z. B. Beeinträchtigung der Sinne, Lernbeeinträchtigung, herausforderndes Verhalten):  
 Leistungen nach SGB V     Leistungen nach SGB VIIILeistungen nach SGB XI (Pflegegrad:  )Pflegegrad abgelehnt     Pflegegrad nicht beantragt

**3. Ziele von Herrn/Frau**

Bitte auswählen: Wohnsituation Arbeitssituation / Tagesstruktur

- Aktueller Stand
- Veränderungen im Planungszeitraum
- Langfristig geplante Veränderungen

**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:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

**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** 

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

- 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 ~~raingen~~ 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

**8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen oder Leistungen im Umfeld**

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professio-neller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionalen 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

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

**Wer bzw. was?****Ggf. prof. Kommentar**

1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

## 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

- Antrieb (b130)
- Aufmerksamkeit (b140)
- Probleme lösen (d175)
- Einzelaufgaben übernehmen (d210)
- Mehrfachaufgaben übernehmen (d220)
- Tägliche Routine durchführen (d230)

- Mit Stress u.a. psych. Anforder. umgehen (d240)
- Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d430)
- Feinmotorischer Handgebrauch (d440)
- Transportmittel benutzen (d470)
- Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d840)
- Arbeit erhalten, behalten, beenden (d845)

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgepr. Beeinträchtigung
- erhebl. ausgepr. Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ✗ nicht spezifiziert / nicht anwendbar

## f) Tätig im kommenden Jahr in:

## Bezahlter Tätigkeit

(Umfang der Beeinträchtigung) Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche  
regelmäßig an  Tagen / Woche

- auf dem 2. Arbeitsmarkt
- auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- Erster Arbeitsmarkt

Sonstiges:

## Unbezahlter Tätigkeit

(Umfang der Beeinträchtigung) Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche  
regelmäßig an  Tagen / Woche

- Versorgung von Angehörigen / Kindern
- Praktikum
- ehrenamtliche Tätigkeit

Sonstiges:

## 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:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

\*Bitte den Ergänzungsbogen zur Vorgeschiede Beruf (B) benutzen.

Name	Vorname	Zeitraum von	bis	Aktenzeichen
------	---------	--------------	-----	--------------

Seite 5

**11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:**

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

**a) Persönliche Ziele inklusive Koordination****12. Erbringung durch:**

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

**13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs**  
(Zyklus, Höhe des Aufwands)**b) Selbstversorgung / Wohnen**

a)

a) Zyklus Aufwand

**c) Arbeit / Beschäftigung / Tagesstruktur**

b)

b) Zyklus Aufwand

**d) Freizeit / Persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

c)

c) Zyklus Aufwand

d)

d) Zyklus Aufwand

**Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen**

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

**Pflegeleistungen (siehe auch Zusatzbogen P)**

--

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

**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 Gesamtplankonferenzen

**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.

**Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird**

Name	Vorname	Zeitraum von	bis	Aktenzeichen
<input type="text"/>				

**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 (Herausforderndes Verhalten / Kommunikationsbeeinträchtigung)
- P (Pflegerische Unterstützung)

Datum / Unterschrift Ersteller\*in

## 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 Teilhabebeeinschränkung** zum **ITP Sachsen Ki/Ju**

**Sozialdaten**

**Lebenssituation**

ZEITRAUM  
von:  bis:

Name  Vorname  Aktenzeichen  Seite **I**

**Geburtsdatum** **Geschlecht**

Name Erziehende\*r  Verwandtschaftsstatus  Wohnseinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

Straße  Postleitzahl  Wohnort

E-Mail  Telefon

**Sorgerechtssituation:**  alleinig  gemeinsam **Wirkungs- / Aufgabenkreis:**

vollumfänglich  
oder Teile der Sorge:

vollumfänglich  
oder Teile der Sorge:

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

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

**Gegebenenfalls weitere Bezugspersonen / Sorgeberechtigte** (z. B. Amtsverwaltung / 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. Logopädie, Ergotherapie 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 Atmungssystems, Funktionen des Verdauungs-Stoffwechsels und endokrinen Systems einschließlich urogenital und reproduktives System; neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, Funktionen der Haut und der Hautanhängegebilde):

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/Hautanhängegebilde):

**Feststellung der Teilhabebeeinschränkung**

zum ITP Sachsen Ki/Ju

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Seite **II****ERLÄUTERUNGEN**

- keine Beeinträchtigung
- ✓ verzögert

- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- Ø 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

**Feststellung der Teilhabebeeinschränkung  
zum ITP Sachsen Ki/Ju**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Seite **III****ERLÄUTERUNGEN**

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert

- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

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

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

**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

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

**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 Teilhabebeeinschränkung festgestellt:**

**Gegebenenfalls Weitergabe / Einbeziehung anderer Leistungsträger / Jugendamt:**


Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Bearbeitung: \_\_\_\_\_

## Sozialdaten

### Lebenssituation

Name

Vorname

Aktenzeichen

Seite

Vor:  bis: Geburtsdatum  Geschlecht 

Name Erziehende

Verwandtschaftsstatus

Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

Straße

Postleitzahl

Wohnort

E-Mail

Telefon

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

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

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 Hautanhängsgebilde):

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/Hautanhängsgebilde):

**Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird**

**1) Entwicklungsfookus des Kindes / Jugendlichen:****2) Ziele der Bezugsperson / Sorgeberechtigten:****3a) Lebensort des Kindes / Jugendlichen:**

Aktueller Stand

Veränderungen im Planungszeitraum

**3b) Erziehungssituation:****4) Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Kindes****a) Aktuelle Situation der Familie / der Erziehungssituation:**

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

**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.:

**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:

Indikator:

Ziel a2:

Indikator:

**b) Selbstversorgung / Wohnen:**

Ziel b1:

Indikator:

Ziel b2:

Indikator:

**c) Bildung / Tagesstruktur / Arbeit:**

Ziel c1:

Indikator:

Ziel c2:

Indikator:

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

Ziel d1:

Indikator:

Ziel d2:

Indikator:

## 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
- Ø nicht anwendbar / feststellbar
- i weitere Informationen nötig

### **Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhaber durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)**

- 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

## 8. Vorhandene und zu aktivierende Hilfen oder Leistungen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionalen 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
- + selbstorganisi. Assistenzleistung
- ++ s.o. Assistenz zur Eigenständigkeit

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

## 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

<input type="checkbox"/>	Antrieb (b130)
<input type="checkbox"/>	Aufmerksamkeit (b140)
<input type="checkbox"/>	Lesen lernen (d140)
<input type="checkbox"/>	Schreiben lernen (d145)
<input type="checkbox"/>	Rechnen lernen (d150)
<input type="checkbox"/>	Probleme lösen (d175)
<input type="checkbox"/>	Mit Stress und Krisen umgehen können (d240)
<input type="checkbox"/>	Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (d430)

<input type="checkbox"/>	Feinmotorischer Handgebrauch (d440)
<input type="checkbox"/>	Transportmittel benutzen (d470)
<input type="checkbox"/>	Informelle Bildung (d810)
<input type="checkbox"/>	Vorschulerziehung (d815)
<input type="checkbox"/>	Schulbildung (d820)
<input type="checkbox"/>	Theoretische Berufsausbildung (d825)
<input type="checkbox"/>	Höhere Bildung (d830)
<input type="checkbox"/>	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d840)

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert
- leichte Ausprägung
- mäßige ausgesprochene Beeinträchtigung
- erheblich ausgesprochene Beeinträchtigung
- voll ausgesprochene Beeinträchtigung
- Ø 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

(Umfang der Beeinträchtigung) Angestrebter / möglicher Umfang  Std. / Woche  
regelmäßig an  Tagen / Woche

- auf dem 2. Arbeitsmarkt
- auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Begleitung
- Erster Arbeitsmarkt

## Unbezahlte Tätigkeit

(Umfang der Beeinträchtigung) 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:

**11. Vorgehen in Bezug auf die Bereiche:**

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

**12. Erbringung durch:**

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

**13. Einschätzung des geplanten zeitlichen Umfangs**  
(Zyklus, Höhe des Aufwands)**a) Persönliche Ziele inklusive Koordination**

Ziel a1:

Vorgehen  
Ziel a1:

Ziel a2:

Vorgehen  
Ziel a2:

a)

a)

Zyklus \_\_\_\_\_ Aufwand \_\_\_\_\_

**b) Selbstversorgung / Wohnen**

Ziel b1:

Vorgehen  
Ziel b1:

Ziel b2:

Vorgehen  
Ziel b2:

b)

b)

Zyklus \_\_\_\_\_ Aufwand \_\_\_\_\_

**c) Bildung / Tagesstruktur / Arbeit**

Ziel c1:

Vorgehen  
Ziel c1:

Ziel c2:

Vorgehen  
Ziel c2:

c)

c)

Zyklus \_\_\_\_\_ Aufwand \_\_\_\_\_

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

Ziel d1:

Vorgehen  
Ziel d1:

Ziel d2:

Vorgehen  
Ziel d2:

d)

d)

Zyklus \_\_\_\_\_ Aufwand \_\_\_\_\_

**Grundleistungen, -versorgung und -bedingungen**
 Nachtwache     Bereitschaftsdienst nachts     Bereitschaftsdienst Wochenende     Rufbereitschaft     Krisendienste
**Pflegeleistungen (siehe auch Zusatzbogen P)**

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird

**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.

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

**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

## Überprüfung / Fortschreibung / Ergebnis

ZEITRAUM von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**Sozialdaten****Lebenssituation****ZEITRAUM**von:  bis:  Geburtsdatum  Geschlecht

Name Erziehende\*

Verwandtschaftsstatus

Wohneinrichtung / Pflegefamilie / Pflegestelle o.ä.

Straße

Postleitzahl

Wohnort

E-Mail

Telefon

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

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

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 Pflegegrad abgelehnt geistig Pflegegrad nicht beantragt emotional / seelisch 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 Atmungssystems, Funktionen des Verdauungs-Stoffwechsels und endokrinen Systems einschließlich urogenital und reproduktives System; neuromuskoskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, Funktionen der Haut und der Hautanhängsgebilde):

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/Hautanhängsgebilde):

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

**Feststellung der Teilhabeeinschränkung  
zum ITP Sachsen FrüKi / U6**

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Vorname des Kindes \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Seite **I**

**ERLÄUTERUNGEN**

- keine Beeinträchtigung
- leichter 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 ein:**

**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

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

**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

**Feststellung der Teilhabebeeinschränkung**  
zum ITP Sachsen FrüKi / U6

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**ERLÄUTERUNGEN**

- keine Beeinträchtigung
- leicht Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung

- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- nicht anwendbar / feststellbar
- 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

**Bereich: Häusliches Leben**

- d660 Anderen helfen

**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

**Bereich: Bedeutende Lebensbereiche**

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

**gemeinsames Kooperationsspiel**

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

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

**Wesentliche / drohende Behinderung festgestellt**

Ja

Nein

**Begründung:** \_\_\_\_\_

**Teilhabe-Einschränkung liegt vor**

Ja

Nein

**Begründung:** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Bearbeitung: \_\_\_\_\_

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

**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: 

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

**6. Personenbezogene Ressourcen**

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

**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 Interpersonale 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
- Ø nicht anwendbar / feststellbar
- I Weitere Informationen nötig

**Fähigkeiten** **Fähigkeiten (☒) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF-CY)**

- ① d110 Zuschauen
- ① d115 Zuhören
- ① d120 Andere sinnliche Wahrnehmungen
- ① d130 Nachmachen, nachahmen
- ① d131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen
- ① d132 Informationen erwerben
- ① d133 Sprache erwerben
- ① d134 Zusätzliche Sprache erwerben
- ① d135 Üben
- ① d137 Konzepte aneignen
- ① d155 Sich Fertigkeiten aneignen
- ① d160 Aufmerksamkeit fokussieren
- ① d161 Aufmerksamkeit lenken
- ① d163 Denken
- ① d175 Probleme lösen
- ① d177 Entscheidungen treffen
- ①

- ② d210 Einzelaufgaben übernehmen
- ② d220 Mehrfachaufgaben übernehmen
- ② d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
- ② d250 Sein Verhalten steuern
- ②

- ③ d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
- ③
- ③ d315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen
- ③ d330 Sprechen
- ③ **Mitteilungen produzieren**
- ③
- ③ d350 Konversation
- ③

**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

Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe

**Wer bzw. was?****Ggf. prof. Kommentar**



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

**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:**


**Pflegeleistungen / Zusätzliche Betreuungsleistungen:**


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

Erbringung durch:

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

Wie oft:

Aufwand:

Erbringung durch:

Wie oft:

Aufwand:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

**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 Gesamtplankonferenzen

**Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:**
**17. Erklärung der sorgeberechtigten Person**
**Der Weitergabe des ITP wurde zugestimmt:**
 Leistungserbringer:

 Leistungsträger:

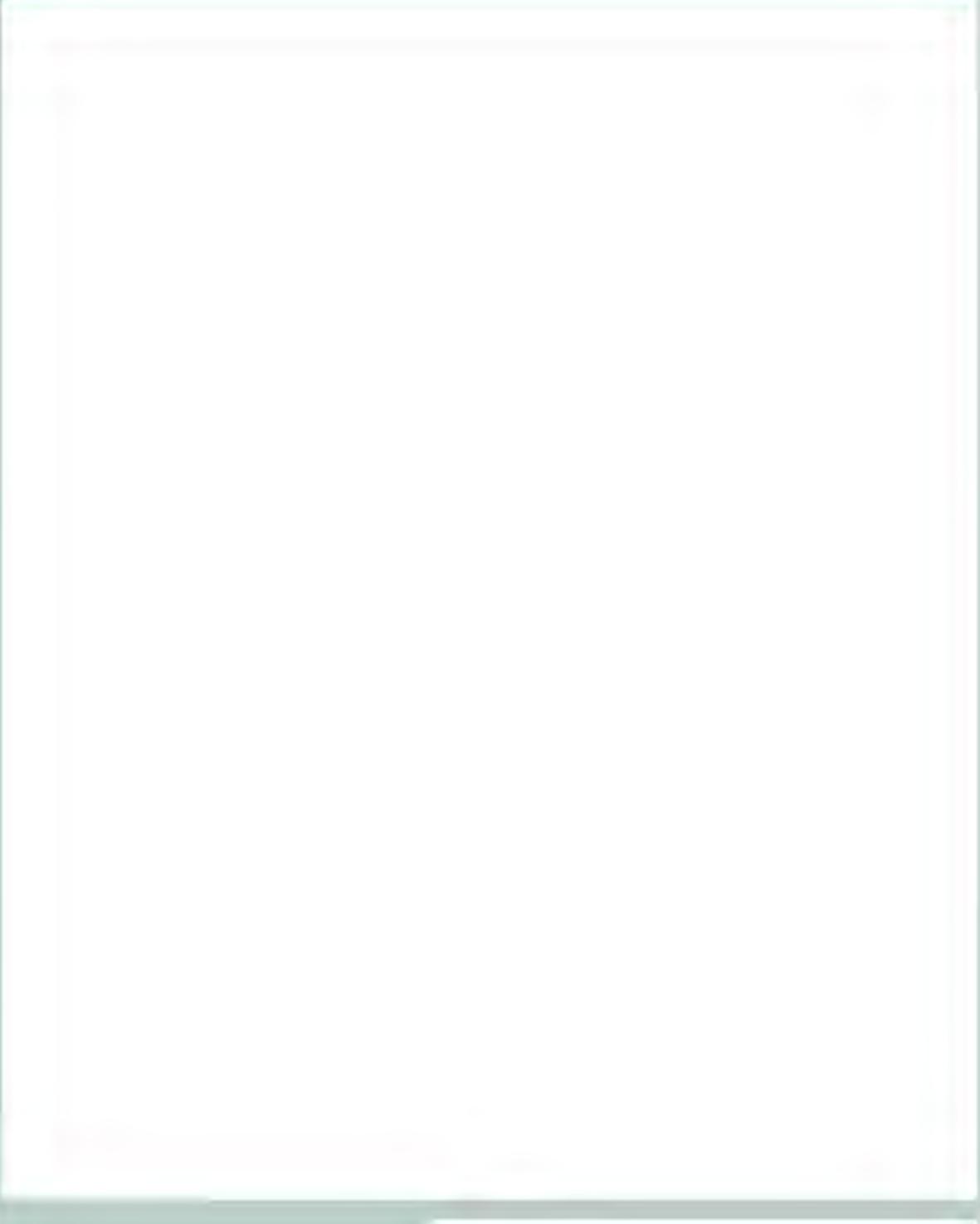
 Sonstige:

**Ggf. keine Weitergabe an:**
 Der/die Sorgeberechtigte verzichtet auf die Übersendung des ITP.

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

## 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

## 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 / Sorgerechtigter / ggf. Kind:

Freie Anmerkungen / Gravierende Veränderungen:

Folgerungen für den nächsten Gesamtplan:

Auswertungsdatum: [ ] BearbeiterIn: [ ]

Unterschrift Leistungsträger: [ ]

## Vorgeschichte / Abhängigkeit

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  
 Erwerbsunfähigkeitsrente  
 Erwerbsminderungsrente  
 Altersrente  
 Witwengeld  
 Krankengeld  
 Arbeitslosengeld  
 Arbeitslosengeld II / Sozialgeld  
 Sozialhilfe / Grundsicherung  
 BAföG  Stipendium  Ausbildungsgeld

Antrag gestellt  
 Antrag gestellt  
 Antrag gestellt  
 Antrag gestellt

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?

Mit  Jahren

Wann war der letzte stationäre Aufenthalt?

Wie lange dauerte dieser?  Wochen

Zurückliegende (teil-)stationäre medizinische Behandlungen

Anzahl insgesamt davon vorzeitig abgebrochen planmäßig beendet

Psychiatrie und Psychotherapie

Psychosomatik

(Qualifizierte) Entgiftungsbehandlung

Entwöhnungsbehandlung

## 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?

## Vorgeschichte / Abhängigkeit



ITP® Sachsen

Aktenzeichen

## 6. Psychopharmakologische und / oder Substitutionsbehandlung

In welchem Jahr erstmalig pharmakologisch / substitutionsbehandelt:

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

<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Tranquillizer	<input type="checkbox"/> Lithium / Carbamecepin	
<input type="checkbox"/> Methadon / Polamidon	<input type="checkbox"/> 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

## Bewährungsauflagen

## 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

## Straftatbestände von Verurteilungen in der Vergangenheit

## Schulden / Erfahrungen mit Verbraucherinsolvenz

Vorname

Name

Aktenzeichen

**9. Ergänzende Angaben zur rechtlichen Situation**

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



Vorname	Name
---------	------

**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)

**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 Spracheigenschaften?**

**Mit welcher Sprache ist die antragstellende Person aufgewachsen?**



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 Fehlpassagen in der Kindheit (Kleinkind: exzessive Erregung / Schreien, Kopfschlägen, Wutausbrüche | Kind: oppositionelles und / oder aggressives Verhalten gegenüber Bezugspersonen, Hyperaktivität, schwierige Impulskontrolle | Schulkinder: zwanghaftes Verhalten, Isolation, destruktives Verhalten in Gruppen | Pubertät: Identität, Sexualität)?**

**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?**



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?**

**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, Zahnlinfektionen, 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, Fragile 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)?**



Vorname

Name

**E. Umfeldbedingungen:**

**1. Welche für die antragstellende Person nicht-anangepasste Umweltbedingungen gibt es in der aktuellen Lebenssituation / Was bereitet Probleme im Umfeld? (zum Beispiel: Lärm, viele Menschen, unruhige Atmosphäre, Langeweile / Anregungsarmut, 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?**

**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?**



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?**

Vorname	Name	Geburtsdatum		
Planung	Für den Zeitraum von - bis	Erstellt von (Name)	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:

**Herausforderndes Verhalten / Kommunikation**

Vorname	Name
---------	------

**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:

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 körpermahnen Hilfsmitteln – z. B. Prothesen, kieferorthopädischen Apparaturen, Kompressionsstrümpfen, bei Verbandswechsel, 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 persönlichen Faktoren sind zu beachten? (z. B.: persönlicher Tag-Nachtrhythmus, Bevorzugung / Akzeptanz von Männern / Frauen bei der Pflegeunterstützung, Vorlieben bei Ansprache / Körperkontakt .... ).

## Folgerungen für das Themenfeld A

## Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

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)  
b)  
c)

**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)  
b)  
c)

**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 □****Wie häufig erforderlich?**

a)



b)



c)


**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).

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)		
b)		
c)		

**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)		
b)		
c)		

## G. Haushaltsführung

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

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

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

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

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

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

## Folgerungen für das Themenfeld G

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

a)

b)

c)

Wie häufig erforderlich?

von:

Vorname

Name

Geburtsdatum

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)

b)

c)

**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)

b)

c)

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)

b)

c)

**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.

## 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)

b)

c)

**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)

b)

c)

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)

b)

c)

## G. Haushaltsführung

## Folgerungen für das Themenfeld G

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

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

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:





---

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 4 8526-0  
Telefax: 0351 4 8526-61  
E-Mail: [gvbl-abl@saxonia-verlag.de](mailto:gvbl-abl@saxonia-verlag.de)  
Internet: [www.recht-sachsen.de](http://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 Kalenderjahrresende gekündigt werden.