

A1 Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan - IBRP

Erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan
 Fortschreibung des Plans vom

Für den Zeitraum vom _____ bis _____
Erstellt am _____

1. Sozialdaten

Nächste/r Angehörige/r (bzw. nächste Bezugsperson)

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____

Straße _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon _____

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer (nahestehenden) Person Vollmacht erteilt?

geboren am _____ Geburtsort _____

- nein Ja, und zwar
 Gesetzl. Betreuer
 Bevollmächtigung

Beruf _____ Staatsangehörigkeit _____

Wenn Ja

Name _____ Vorname _____

Krankenkasse _____

Straße _____ Telefon _____

Versicherungsnummer _____ Geschäftsstelle _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Rentenversicherungsträger _____ SV-Nummer _____

Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person

Arbeitsamt _____ Stamm-Nr. _____

- Aufenthalt
 Gesundheitsangelegenheiten
 Vermögensangelegenheiten

Sonstige _____

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Dienste / Einrichtungen

Die Abstimmung erfolgte (ggfls. mehrfach ankreuzen)

- schriftlich mündlich
 in Fall-/ Personenkonferenzen

Gab es bisher einrichtungs- bzw. dienstübergreifende Abstimmungen bzgl. Situationseinschätzung, Ziele, Vorgehen?

- Ja Nein

Die Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmungen betrug durchschnittlich

War eine koordinierende Stelle/Person für die Behandlungs-/ Betreuungseleistungen benannt?

- Ja Nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt

Wenn ja, folgende Stelle/Person

folgende Berufsgruppen waren beteiligt

- Arzt / Ärztin Psychologe/in
 Ergotherapeut/in Sozialarbeiter/in
 Krankenschwester/Pfleger Sonstige

3. Übersichtsbogen

Wohnsituation (in Anlehnung an Manual Wohnformen):

	<i>Einzelwohnen:</i>			<i>Gruppenwohnen:</i>		<i>Wohnungslos</i>
	<i>allein</i>	<i>zu zweit</i>	<i>mit Familie</i>	<i>Kleingruppe</i>	<i>Großgruppe</i>	
Vor Beginn des Planungszeitraumes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Beginn des Planungszeitraumes / Während des Planungszeitraumes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgesehene Veränderungen im / für Planungszeitraum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Situation / Problemlage Im Hinblick auf:	Ziele
<ul style="list-style-type: none"> ◦ vorrangige Störungen ◦ Krankheitsbewältigung ◦ lebensfeldbezogene Fähigkeiten/Fähigkeitsstörungen ◦ situative Faktoren ◦ belastende Lebenssituation 	Vorrangige therapeutische Ziele bezogen auf: <ul style="list-style-type: none"> ◦ angestrebte Veränderungen der Lebenssituation, insbesondere Arbeit und Wohnen ◦ Kompetenzen, Bewältigungsverhalten ◦ Symptomatik, Befindlichkeit

3. Übersichtsbogen

I. Psychische Störungen und FÄHIGKEITEN zu deren Bewältigung	
(a) Antrieb, Depressivität, Selbstwertgefühl (b) Körpererleben (c) Angstsyndrome, Zwänge (d) Realitätsbezug (Halluzinationen, Wahn) (e) Abhängigkeit (Suchtverhalten) (f) emotionale Instabilität (g) Gedächtnis/Orientierung (h) Auffassung/Intelligenz (i) Sinnorientierung des Lebens (k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung (l) selbstgefährdendes Verhalten (m) störendes/fremdgefährdendes Verhalten	
II. FÄHIGKEITEN und Fähigkeitsstörungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen	
(a) im engeren Wohn-/Lebensbereich (b) in Partnerschaft/Ehe (c) in sonstigen familiären Beziehungen (d) im Außenbereich (e) im Bereich Ausbildung/Arbeit	
III. FÄHIGKEITEN und Fähigkeitsstörungen in den Lebensfeldern	
° Selbstsorge/Wohnen ° Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung ° Tagesgestaltung/ Freizeit/ Teilhabe am gesellschaftl. Leben	
(a) Ernährung (b) Körperpflege/Kleidung (c) Umgang mit Geld (d) Wohnraumreinigung und -gestaltung (e) Mobilität (f) körperliche Aktivitäten (g) sprachliche Ausdrucksfähigkeit (h) Tag-Nacht-Rhythmus (i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen (k) Inanspruchnahme medizinischer/sozialer Hilfen (l) Aufnahme einer Beschäft./ Arbeit/ Ausbildung (m) Erfüllung der Arbeits-/Ausbildungsanforderungen (n) Gestaltung frei verfügbarer Zeit (o) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	
Letzte Diagnosen <input type="checkbox"/> ICD-9 <input type="checkbox"/> ICD-10 (ICD-Nr.) (Text)	
_____ _____	

3. Übersichtsbogen

Vorgehen Beschreibung der aktivierbaren nicht-psychiatrischen Hilfen und der therapeutischen-rehabilitativen Maßnahmen in Stichworten (evtl. mit Angaben zu Häufigkeit und Zeitbedarf)	Erbringung durch Benennung der an der Erbringung von Hilfen beteiligten Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen unter Beachtung klarer Aufgabenabgrenzung

4. Abweichende Sichtweisen des Klienten / der Klientin

In Stichworten beschreiben, wenn in Bezug auf aktuelle Situation/Problemlage, Ziele, Hilfebedarf und Hilfen abweichende Sichtweisen bestehen; Kompromissbildung skizzieren:

5. Beteiligung an der Erstellung des Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplans

Folgende Dienste/Einrichtungen sind an der Erstellung dieses Behandlungs-/Rehaplans beteiligt.

Federführend bei der Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans ist:

Name	Einrichtung/Dienste
------	---------------------

Die Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte.

Folgende Berufsgruppen waren beteiligt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärzt/in | <input type="checkbox"/> Psychologe/in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/in |
| <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Pfleger | <input type="checkbox"/> Sonstige |

a) in Abstimmung mit dem Klienten/der Klientin

- Ja Nein

b) unter Einbeziehung der Angehörigen

- Ja Nein Entfällt

Anmerkungen/Erläuterungen

c) in Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer

- Ja Nein Entfällt

6. Weitere zur Behandlungs-/Rehabilitationsplanung genutzte Bögen / Instrumente

Weitere zur Behandlungs-/Rehabilitationsplanung bzw. zur diagnostischen Abklärung genutzte Instrumente

7. Vereinbarungen zur Durchführung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans

Koordinierende Bezugsperson		Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans
Name	Telefon	Verbindlich vereinbart: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift Vertretung:		Vorgesehen durchschnittlich:
Name	Telefon	Bei Krisen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift		Unter Beteiligung folgender Dienste/Einrichtungen

8. Unterschriften

Datum:

Klient/in ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in Federführende Person/ Rehaplan

9. Datenschutzregelung / Schweigepflicht

Über die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Informationen im Rahmen der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie deren Durchführung bin ich informiert worden. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Durchführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans erforderlich ist.

Datum:

Klient/in ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzlicher Betreuer/in