

Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)
Zusatzbogen D 2 „Zielerreichung“ – 10/09

Name:	Vorname:	Erstellungsdatum:
-------	----------	-------------------

Eingetretene Veränderungen seit IBRP vom

	<i>Wohnsituation</i>	<i>Arbeitssituation</i>
zu Beginn des vergangenen Planungszeitraums		
angegebenes Ziel im letzten IBRP		
Veränderungen im vergangenen Planungszeitraum		

1. Einschätzung der Zielerreichung

Im letzten IBRP angegebene Ziele	Im letzten IBRP geplantes Vorgehen	Seither durchgeführte Maßnahmen <i>was wurde umgesetzt, was nicht? Gründe?</i>	Einschätzung der Zielerreichung <i>(ggfs. abweichende Sicht Klient/in – Bezugsperson kennzeichnen)</i>

Gesundheit:

Selbstversorgung / Alltagskompetenzen / Wohnen:

Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)
Zusatzbogen D 2 „Zielerreichung“ – 10/09

Im letzten IBRP angegebene Ziele	Im letzten IBRP geplantes Vorgehen	Seither durchgeführte Maßnahmen	Zielerreichung
-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	----------------

Arbeit / Tagesstruktur:

Freizeitgestaltung / Interessen:

Familie / Soziale Kontakte:

Sonstiges:

2. Veränderungen seit der letzten Hilfeplanung

a) Gab es Veränderungen in der Teilhabe am Arbeitsleben?

nein ja, und zwar:

b) Gab es Veränderungen in den persönlichen Beziehungen / im sozialen Netzwerk?

nein ja, und zwar (Art der Änderung, Zeitpunkt):

c) Wurde eine klinisch-stationäre Behandlung notwendig?

nein ja, von bis

Gründe:

d) Haben sich Veränderungen hinsichtlich der Beteiligung von Einrichtungen/Diensten an der Behandlung/Betreuung ergeben?

nein ja, und zwar (Art der Änderung, Zeitpunkt):

e) Haben sich die Einkommensverhältnisse geändert (Art und Höhe der Einkünfte)?

nein ja, und zwar:

f) Wurden nicht-psychiatrische Hilfen einbezogen?

nein ja, und zwar:

g) Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder eine Anerkennung als Schwerbehinderter aufgehoben?

nein Anerkennung / Aufhebung am:

bisherige Anerkennung besteht fort Antrag gestellt

h) Veränderungen bei der Pflegestufe:

nein ja, und zwar:

Antrag gestellt

i) Sonstige wichtige Veränderungen:

Zusammenfassende Einschätzung der Zielerreichung:

*(**nicht** die weitere Planung – diese bitte im A 1-Bogen beschreiben!)*

Unterschriften:

Datum

Klient/in

koordinierende
Bezugsperson