

A 1**Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)** Erster Behandlungs- und Rehabilitationsplan Fortschreibung des IBRP vom Erstellung abgeschlossen am Planungszeitraum: 3 Monate 6 Monate 12 Monate anderer Zeitraum: Monate**1. Sozialdaten**

Klient/in		
Name		Vorname
Straße		PLZ Wohnort
Telefon		E-Mail
geboren am		Geburtsort
Staatsangehörigkeit		erlernter Beruf

Wurde ein rechtlicher Betreuer bestellt oder einer (nahestehenden) Person Vollmacht erteilt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigung		
wenn ja:		
Name		Vorname
Straße		PLZ Wohnort
Telefon		E-Mail
Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person:		
<input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Gesundheitsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

War eine koordinierende Stelle/Person für die Behandlungs-/Betreuungsleistungen benannt?		wenn ja, folgende Stelle / Person:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name:	<input type="text"/>
		Einrichtung:	<input type="text"/>
		Telefon:	<input type="text"/>
		E-Mail:	<input type="text"/>

2. Übersichtsbogen (Teil 1)

	Wohnen	Arbeit / Tagesstruktur
derzeit		
angestrebt		

Aktuelle Situation / Problemlage	Ziele
A. Gesundheit	
B. Selbstversorgung / Alltagskompetenzen / Wohnen	
C. Arbeit / Tagesstruktur	
D. Freizeitgestaltung / Interessen	
E. Familie / Soziale Kontakte	
F. Sonstiges	

3. Übersichtsbogen (Teil 2)

Vorgehen Beschreibung der aktivierbaren nicht-psychiatrischen Hilfen und der therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen in Stichworten	Erbringung durch
A. Gesundheit	
B. Selbstversorgung / Alltagskompetenzen / Wohnen	
C. Arbeit / Tagesstruktur	
D. Freizeitgestaltung / Interessen	
E. Familie / Soziale Kontakte	
F. Sonstiges	

4. Übersichtsbogen (Teil 3):

<ul style="list-style-type: none"> • Welche Möglichkeiten gibt es für die Umsetzung der unter 3. beschriebenen Hilfeplanung? • Welche Maßnahmen, Einrichtungen oder Dienste werden in Betracht gezogen bzw. wurden bereits angefragt? Mit welchem Ergebnis? (medizinisch-therapeutische Leistungen, rehabilitative Leistungen, berufliche Maßnahmen / Tagesstruktur, nicht-psychiatrische Hilfen, Wohnformen, Sonstiges...) <p>bei Folge-IBRPs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Alternativen zu laufenden Maßnahmen wurden ggfs. in Betracht gezogen? 	
Maßnahme / Einrichtung / Dienst	Ergebnis
<p>Welche Einrichtungen / Dienste sollen die beschriebenen Hilfen erbringen? (Zusammenfassung in Stichworten)</p>	

5. Unterschiedliche Sichtweisen zwischen Klient / Klientin und Bezugsperson:

(In Stichworten beschreiben, wenn bei wichtigen Punkten der dargestellten Hilfeplanung unterschiedliche Sichtweisen der Beteiligten bestehen; ggfs. Kompromissbildung skizzieren.)

6. Beteiligung an der Erstellung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans

Folgende Dienste sind an der Erstellung dieses Behandlungs-/Rehplans beteiligt:	Die Erstellung des Behandlungs- und Rehplans und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte
Federführend bei der Erstellung des Behandlungs- und Rehplans ist:	a. in Abstimmung mit dem Klienten/der Klientin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name	b. unter Einbeziehung der Angehörigen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt
Einrichtung/Dienst	c. in Abstimmung mit dem rechtlichen Betreuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt

7. Weitere zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung genutzte Bögen / Instrumente

--

8. Vereinbarungen zur Durchführung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans

Koordinierende Bezugsperson (soweit bekannt):	Vertretung (soweit bekannt):
Name	Name
Anschrift	Anschrift
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail

9. Unterschriften

Über die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Informationen im Rahmen der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung 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	ggfs. Bevollmächtigter / rechtl. Betreuer/in
-------	-----------	-------------------------------------------------

Federführende Bezugsperson