

Eingetretene Veränderungen seit IBRP vom.....

	<i>Wohnsituation</i>						<i>Arbeitssituation</i>				
	allein	zu zweit	mit Familie	Kleingruppe	Großgruppe	wohnungslos	Vollzeit-Beschäftigung	Teilzeit-Beschäftigung	Ausbildung/Weiterbildung	Orientierung/Erprobung	Hausfrau / Hausmann
zu Beginn des vergangenen Planungszeitraumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angegebenes Ziel im letzten IBRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderungen im vergangenen Planungszeitraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Im letzten IBRP angegebene Ziele Vollständige Liste der vorrangigen therapeutische Ziele</p>	<p>1. Einschätzung der Zielerreichung bezogen auf die im letzten IBRP genannten Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ erreichte Veränderungen der Lebenssituation, insbesondere Arbeit und Wohnen ◦ Kompetenzen, Bewältigungsverhalten ◦ Symptomatik, Befindlichkeit <p>Bitte auch die Zielerreichung begünstigende bzw. hemmende Faktoren benennen!</p>

2. Veränderungen seit der letzten Hilfeplanung

a) Gab es Veränderungen in der Befindlichkeit/der Schwere der psychischen Störung?

nein ja (Art, Zeitraum):

b) Gab es Veränderungen in der Teilhabe am Arbeitsleben?

nein ja, und zwar:

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

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

d) Wurde eine klinisch-stationäre Behandlung notwendig?

nein ja, von bis

Gründe:

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

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

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

nein ja, und zwar:

g) Wurden nicht-psychiatrische Hilfen einbezogen?

nein ja, und zwar:

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

nein Anerkennung / Aufhebung (bitte streichen) am: bisherige Anerkennung besteht fort

Sonstige bedeutsame Veränderungen seit der letzten Hilfeplanung:

Zusammenfassende Einschätzung: