

Fachärztliche/sozialpsychiatrische Stellungnahme zur Bedarfsermittlung im Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahren

(Grundlage für das Bedarfsermittlungsgespräch und zur Vorlage beim Träger der Eingliederungshilfe)



Erstellende Fachärztin / Erstellender Facharzt:		Telefonnummer (für evtl. Rückfragen)	
1. Klient/in:			
Anschrift			Telefon
E-Mail			Fax
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
	Geburtsdatum		Alter (in Jahren)
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> getrennt lebend		<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		
	<input type="checkbox"/> verwitwet		
2. Gesetzliche/r Betreuer/in (sofern vorhanden)			
Name, Vorname			
Anschrift			Telefon
E-Mail			Fax
Aufgabenkreise	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung		<input type="checkbox"/> Gesundheitspflege
	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten		<input type="checkbox"/> Vermögenssorge
	<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten		<input type="checkbox"/> sonstige:
3. Leistungsansprüche gegen die Kranken- oder Pflegeversicherung			
Kranken-/Pflegeversicherung			
Integrierte Versorgung			
Psychiatrische häusliche Krankenpflege			
Pflegeeinstufung durch den MDK			<input type="checkbox"/> nicht erfolgt
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 0	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5		
4. Soziodemographische Daten			
4.1 Wohnsituation / Aufenthalt		4.2 jetzige berufliche (Arbeits-) Situation	
<input type="checkbox"/> allein in eigener Wohnung		<input type="checkbox"/> berufstätig / Vollzeit	
<input type="checkbox"/> mit (Ehe-) Partner/in, Lebenspartner/in, Angehörigen		<input type="checkbox"/> berufstätig / Teilzeit	
<input type="checkbox"/> mit Freunden / Bekannten (private WG)		<input type="checkbox"/> berufstätig / gelegentlich (Minijob)	
<input type="checkbox"/> Betreute WG		<input type="checkbox"/> (Schul-) Ausbildung / Umschulung / Studium	
<input type="checkbox"/> stationäres Wohnen, Einrichtung:		<input type="checkbox"/> Altersrentner/in / Ruhestand	
<input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz / wohnungslos		<input type="checkbox"/> beschützte Arbeit (z.B. WfbM)	
<input type="checkbox"/> JVA		<input type="checkbox"/> ohne Arbeits- u. Ausbildungstätigkeit	
4.3 Finanzieller Unterhalt:			
<input type="checkbox"/> Erwerbs- / Berufstätigkeit / Vermögen		<input type="checkbox"/> Alters- / Früh- /BU- / EU-Rente /Grundsicherung	
<input type="checkbox"/> Unterhalt durch (Ehe-)Partner / Angehörige / andere Bezugspersonen		<input type="checkbox"/> Krankengeld	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I		<input type="checkbox"/> Sozialgeld SGB XII	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
4.4 Alter bei Ersterkrankung (sofern bekannt)			

4.5 Schulabschluss

ohne Förderschule Hauptschule Realschule Fachhochschulreife Abitur

4.6 Migrationshintergrund

ja nein Land:
 selber migriert Kind von Migranten

Sprachkenntnisse:

Dolmetscher erforderlich ja Sprache: nein

5. Krankengeschichte

5.1 Sozialanamnese/Vorgeschichte

(z. B. familiärer, schulischer, beruflicher Werdegang, Umstände bei Krankheitsbeginn, derzeitige Situation, wichtige soziale Beziehungen, biografische Ereignisse der jüngsten Zeit)

5.2 Befunde (Aktueller psychischer Befund)

Ggf. körperliche Vorerkrankungen/Behinderungen

Diagnose/n

ICD 10 Codierung

In hiesiger Behandlung seit:

Körperstrukturen und -funktionen nach ICF:

5.3 Behandlungsverlauf / Compliance (ggf. Anlagen)**5.4 Derzeitige Medikation****5.5 Bisher in der Krankheitsbewältigung wirksame bzw. stabilisierende Faktoren****5.6 Bisherige Erfahrungen mit stationären / teilstationären / ambulanten Behandlungen / Kontakt zum SPDi**

5.7 Art, Ausmaß und Auswirkung der Behinderung/aktuelle Problemlage

In welchen Lebensbereichen zeigen sich aus Sicht der Behandlerin / des Behandlers Teilhabebeeinträchtigungen im Alltag?

6. Umwelt- und Kontextfaktoren

6.1 Besondere Fähigkeiten / Stärken / Neigungen / Interessen / Hobbys

6.2 Unterstützungspotenziale im privaten Umfeld (z.B. Familie / Nachbarn / Freunde)

6.3 Häufigkeit sozialer Kontakte:

(gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder bei gemeinsamem Wohnen)

- in der Regel täglich mindestens wöchentlich
 mindestens monatlich sporadisch oder nie

Bemerkung:

6.4 Welche Maßnahme der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen wird vorgeschlagen?

7. Welche ZIELE sind aus Sicht des BEHANDLERS mit dieser Maßnahme erreichbar?

8. Fähigkeitsveränderungen voraussichtlich erreichbar nach

- ¼ Jahr ½ Jahr ¾ Jahr 1 Jahr 2 Jahren > 2 Jahren

Ort

Datum

Unterschrift

Stempel

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Erklärungsgeber/in:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Betrifft:

Gesamtplan/Teilhabeplanverfahren zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfes, damit eine Entscheidung über die Gewährung einer Leistung der Eingliederungshilfe nach § 53/54 ff. SGB XII (bis 31.12.2019), § 99 SGB IX (ab 01.01.2020) getroffen werden kann.

Bemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe, hat der überörtliche/örtliche Träger der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) eine umfassende Sachverhaltsaufklärung durchzuführen.

Dafür ist eine fachärztliche/sozialpsychiatrische Stellungnahme erforderlich, in der die Diagnose, Teilhabeeinschränkungen, persönlichen Angaben zur Biographie, Krankengeschichte und sozialen Situation des/der Betroffenen erfasst werden.

Diese fachärztliche/sozialpsychiatrische Stellungnahme ist die Voraussetzung, um die notwendige Bedarfsermittlung zur Frage der Gewährung von Eingliederungshilfe durchführen zu können.

Die Angaben aus der fachärztlichen/sozialpsychiatrischen Stellungnahme werden regelhaft beim zuständigen Leistungsträger und beim Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover gespeichert. Diese Daten werden über die Laufzeit des Eingliederungshilfeverfahrens gespeichert. Nach Abschluss des Verfahrens/ Beendigung der Leistungsgewährung, werden die gespeicherten Daten nach der gesetzlichen Frist von 10 Jahren gelöscht.

Einer Weitergabe der Daten an Dritte muss durch den/die Betroffenen/Betroffene ausdrücklich in einer gesonderten Erklärung zugestimmt werden.

Hinweis:

Der/Die Betroffene hat nach § 60 SGB I solche, für die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe erforderlichen Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte an Dritte zuzustimmen. Kommt er/sie der Mitwirkungspflicht nicht nach, muss er/sie unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass der Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfeträger) die Leistungen nicht gewährt bzw. die Leistungen entzogen werden.

Erklärung:

Ich erkläre mein Einverständnis, dass diese fachärztliche/sozialpsychiatrische Stellungnahme, die als Grundlage für das Eingliederungshilfeverfahren dient, sowohl an den zuständigen Träger der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe), als auch an den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover weitergeleitet wird.

- Ich stimme zu, dass diese Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung gestellt werden.
- Ich bin einverstanden, dass zur Bearbeitung meines Antrages auf Eingliederungshilfe, beim Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover vorhandene Informationen, berücksichtigt werden.