

A1 Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP

erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan für den Zeitraum vom bis

Fortschreibung des Planes vom erstellt am

1. Sozialdaten

Klient/in 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	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Beruf	Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> Gesetzl. Betreuer
			<input type="checkbox"/> Bevollmächtigung
Krankenkasse		wenn ja:	
		Name	Vorname
Versicherungsnummer	Geschäftsstelle	Straße	Telefon
Rentenversicherungsträger	SV-Nummer	Postleitzahl	Wohnort
Arbeitsagentur	Stammnummer	Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person:	
		<input type="checkbox"/> Aufenthalt	
		<input type="checkbox"/> Gesundheitsangelegenheiten	
		<input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

2. bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Dienste/ Einrichtungen

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

- schriftlich mündlich
 in Fall-/Personenkonferenzen

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

Die Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung betrug durchschnittlich:

ja nein

wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

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

folgende Berufsgruppen waren beteiligt

ja nein

- Arzt/Ärztin Psychologe/in
 Ergotherapeut/in Sozialarbeiter/in
 Krankenschwester/Pfleger sonstige (bitte angeben):

wenn ja, folgende Stelle/Person:

3. Übersichtsbogen

	<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 Planungszeitraumes	<input type="checkbox"/>										
Veränderungen im / für Planungszeitraum	<input type="checkbox"/>										
langfristige Veränderungen	<input type="checkbox"/>										

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

4. Übersichtsbogen

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

5. abweichende Sichtweise der Klientin / des Klienten

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

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

Folgende Dienste/Einrichtungen sind an der Erstellung dieses Behandlungs-/Rehabilitationsplans beteiligt:

Folgende Berufsgruppen waren beteiligt

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

Anmerkungen/Erläuterungen

Federführend bei der Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans ist:

Name Vorname

Die Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplanes und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte:

a) in Abstimmung mit dem Klienten/der Klientin

- ja nein

b) unter Einbeziehung der Angehörigen

- ja nein entfällt

c) in Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer

- ja nein entfällt

7. weitere zur Behandlungs-/Rehabilitationsplanung genutzte Bögen/Instrumente

Bögen/Instrumente bitte angeben:

8. Vereinbarung zur Durchführung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans

koordinierende Bezugsperson:

Name Telefon

Anschrift

Vertretung:

Name Telefon

Anschrift

fachliche Abstimmung zur Durchführung des Planes

verbindlich vereinbart: ja nein

vorgesehen durchschnittlich:

bei Krisen: ja nein

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen

9. Unterschriften

Datum	Klient/in	ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in	federführende Person der Hilfeplanung
-------	-----------	---	---------------------------------------

10. Datenschutzregelung/Schweigepflicht

Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen des IBRP an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck im IBRP unter Ziffer 4 (Übersichtsbogen) abschließend bezeichnet sind.

Datum	Klient/in	ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in	
-------	-----------	---	--

Klient/in

