Stand: 14.10.2022 - Endfassung

Auf Kopfbogen des Leistungserbringers schreiben lassen / Datum

Amt für Soziale Dienste / Gesundheitsamt Bremen / Bremerhaven

Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Aktenzeichen: 450 – F 8 -

Bericht des Leistungserbringers zur Gesamtplanung/Teilhabeplanung

für den Zeitraum xx.xx.xxxx – xx.xx.xxxx

1. Angaben zur leistungsberechtigten Person:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Familienstand:

Aktuelle Anschrift:

Kontaktdaten (Telefon, Mail):

rechtliche Betreuung: ☐ ja ☐ nein

Name, Vorname:

Kontaktdaten:

Wirkungskreise:

2. Angaben zur bisherigen bewilligten Leistung:

Leistungserbringer (Name und Anschrift):

Bewilligte Leistung: Leistungstyp / Umfang

Kontaktperson beim Leistungserbringer, Telefon, E-Mail

3. Stand der vereinbarten Ziele aus Sicht des Leistungserbringers:

Handlungsziel:

Stand und Erläuterung zu diesem Ziel:

Wer oder was hilft der Person? Wer oder was hindert die Person?

Beschreibung der Unterstützungsleistung des Leistungserbringers:

Handlungsziel:

Stand und Erläuterung zu diesem Ziel:

Wer oder was hilft der Person? Wer oder was hindert die Person?

Beschreibung der Unterstützungsleistung des Leistungserbringers:

Handlungsziel:

Stand und Erläuterung zu diesem Ziel:

Wer oder was hilft der Person? Wer oder was hindert die Person?

Beschreibung der Unterstützungsleistung des Leistungserbringers:

4. Weitere Informationen (z.B. Änderung in der rechtlichen Vertretung, Änderung des Pflegegrades, Krankheit, Klinikaufenthalte, etc.):

5. **Ergänzende Darstellung der Bedarfe und des Verlaufs im Berichtszeitraum:** (in Orientierung an den neun Lebensbereichen der ICF)

6. **Vorschlag des Leistungserbringers zum weiteren Vorgehen:**

Vorschlag zu den Inhalten und Zielen in der Zukunft:

Vorschlag zum Umfang der Leistungen in der Zukunft:

Der Bericht wurde der leistungsberechtigten Person vorgestellt und ihr ausgehändigt.

Die leistungsberechtigte Person hat einer Weitergabe des Berichtes an die rechtliche Betreuung zugestimmt: Ja ☐ Nein ☐

Eine Weitergabe des Berichtes wurde von Seiten des Leistungserbringers empfohlen:

Ja ☐ Nicht relevant ☐

Ort / Datum

Unterschrift Leistungserbringer