Mustervordrucke Teilhabeplanung

**Teil III - Zusammenfassung der Feststellungen, Teilhabeplan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum des Anlass gebenden Antrags: Datum eintragen | | | |
| Leistender Rehabilitationsträger, sofern abweichend von dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger: | | | Eintragen |
|  | Datum eintragen | | |
| Beginn der Planung: Datum eintragen | | Stand der Planung: Datum eintragen | |
| Teilhabeplan verbindet mehrere separate Verwaltungsverfahren: | |  | |

1. **Angaben zur Person**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vornamen  Eintragen | | Telefon  Eintragen |
| Fax  Eintragen | | E-Mail  Eintragen |
| Geburtsname  Eintragen | | Geburtsdatum  Datum eintragen |
| Straße, Hausnummer  Eintragen | | |
| PLZ  Eintragen | Wohnort  Eintragen | |
| Staatsangehörigkeit  Eintragen | | Geschlecht  Auswählen |
| ggf. Aufenthaltsgenehmigung bis  Datum eintragen | | ggf. Aufenthaltsort  Eintragen |
| Familienstand  Eintragen | | |
| erlernter Beruf  Eintragen | | |
| zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Angaben zum Arbeitgeber  Eintragen | | |
| arbeitslos seit  Datum eintragen | | arbeitsunfähig seit  Datum eintragen |

1. **Erziehungsberechtigter / Betreuer / Bevollmächtigte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vornamen  Eintragen | | Telefon  Eintragen |
| Fax  Eintragen | | E-Mail  Eintragen |
| Straße, Hausnummer  Eintragen | | |
| PLZ  Eintragen | Wohnort  Eintragen | |
| Betreuungsverhältnis  Eintragen | | eingeleitet am  Datum eintragen |
| Betreuungsverhältnis eingeleitet durch  Eintragen | | Aktenzeichen  Eintragen |

1. **Behandelnde Ärzte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name  Eintragen | | Telefon  Eintragen |
| Straße, Hausnummer  Eintragen | | |
| PLZ  Eintragen | Wohnort  Eintragen | |
| Name  Eintragen | | Telefon  Eintragen |
| Straße, Hausnummer  Eintragen | | |
| PLZ  Eintragen | Wohnort  Eintragen | |

1. **Nach § 15 SGB IX beteiligte Rehabilitationsträger**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beteiligte Rehabilitationsträger | Splitting  § 15 Abs. 1 | Beteiligung  § 15 Abs. 2 | Leistungserbringung im eigenen Namen nach § 15 Abs. 3 S. 1 | Zeitpunkt der Beteiligung | Zeitpunkt der Rückmeldung |
| Eintragen |  |  |  | Datum eintragen | Datum eintragen |
| Eintragen |  |  |  | Datum eintragen | Datum eintragen |
| Eintragen |  |  |  | Datum eintragen | Datum eintragen |

1. **Weitere bei der Teilhabeplanung beteiligte Rehabilitationsträger, insbesondere bei verbundenen Verwaltungsverfahren**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beteiligte Rehabilitationsträger | Zeitpunkt der Beteiligung | Zeitpunkt der Rückmeldung |
| Eintragen | Datum eintragen | Datum eintragen |
| Eintragen | Datum eintragen | Datum eintragen |
| Eintragen | Datum eintragen | Datum eintragen |

1. **Separat beantragte Leistungen zur Teilhabe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Art der Leistung | Antrag vom | Leistender Reha- bilitationsträger | Bewilligt | Datum | Zeitraum\* | Ort\* | Einrichtung\* |
| Eintragen | Datum | Eintragen |  | Datum | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Datum | Eintragen |  | Datum | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Datum | Eintragen |  | Datum | Eintragen | Eintragen | Eintragen |

\*soweit bereits feststehend

1. **a) Sofern ein unter 6) aufgeführtes separates Verwaltungsverfahren in dieser Teilhabeplanung nicht berücksichtigt sein sollte:**

|  |
| --- |
| Begründung eines fehlenden zeitlichen und sachlichen Zusammenhangs  Eintragen |

1. **Wurden andere öffentliche Stellen an der Teilhabeplanung beteiligt?**

|  |  |
| --- | --- |
| Pflegekasse |  |
| Integrationsamt |  |
| Jobcenter |  |
| Betreuer bzw. Betreuungsbehörde |  |

|  |
| --- |
| Ergebnisse  Eintragen |

1. **Hat eine Teilhabeplankonferenz stattgefunden?**

|  |  |
| --- | --- |
| ja, am Datum eintragen | nein, weil Eintragen |
| Zusammenfassung der Ergebnisse  Eintragen | |
|  | |

1. **Zusammenfassung des insgesamt festgestellten Bedarfs mit Bezug zu Teilhabezielen und Wünschen des Antragstellers**

(einschließlich Angaben zu den jeweils eingesetzten Instrumenten der Bedarfsermittlung,

vgl. Teil II, Feststellungen beteiligter Rehabilitationsträger)

|  |
| --- |
| Eintragen |
|  |

1. **Weitere zentrale Aspekte**
2. Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

|  |
| --- |
| Eintragen |

1. Gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit angefordert

ja  nein

|  |
| --- |
| Ergebnis  Eintragen |

1. Ggf. abweichende Sichtweisen des Leistungsberechtigten in Bezug auf aktuelle Situation, Bedarfe, Ziele und Leistungen

|  |
| --- |
| Eintragen |

1. **Zeitliche Planung / Ausgestaltung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Art und Umfang der Leistung | Rehabilitationsträger | Leistungskoordination: Angaben zur inhaltlichen und zeitlichen Verknüpfung der Leistungen | Zeitraum  Ort | Leistungserbringung durch folgende Dienste bzw Einrichtungen |
| Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen |

1. **Sonstige Anmerkungen**

(z.B. Verfahrensgang, Anlagen, weitere für die Erreichung der Teilhabeziele relevante Sozialleistungen)

|  |
| --- |
| Eintragen |

|  |
| --- |
| **Teilhabeplan wurde erstellt von:** |
| Name: Eintragen |
| Anschrift/Institution: Eintragen |
| Tel./Fax/E-Mail: Eintragen |
| Unterschrift: |

Wir bitten alle Beteiligten, mögliche Hinweise, die zu Änderungen/Anpassungen des Teilhabeplanes führen könnten, umgehend der o.g. Person mitzuteilen.

**Erklärung des Antragstellers:**

Eingetretene Änderungen gegenüber den gemachten Angaben werde ich unverzüglich mitteilen.

*Hinweis: Vor dem Hintergrund des durch die EU-DSGVO ab Mai 2018 geänderten Datenschutzrechts werden konkrete Formulierungsvorschläge für Einwilligungserklärungen zeitnah in einem eigenständigen Vorhaben trägerübergreifend erörtert und abgestimmt. Bis auf Weiteres werden an dieser Stelle trägerspezifische Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung (u.a. Datenerhebung, -verwendung, -übermittlung) verwendet.*

Unterschrift des Antragstellers

|  |
| --- |
|  |



Dieser Mustervordruck wurde von der Fachgruppe „Reha-Prozess“ auf Ebene der BAR erarbeitet.

Dieser Mustervordruck wurde von der Fachgruppe „Reha-Prozess“ auf Ebene der BAR erarbeitet.

Dieser Mustervordruck wurde von der Fachgruppe „Reha-Prozess“ auf Ebene der BAR erarbeitet.