Mustervordrucke Teilhabeplanung

|  |
| --- |
|  |

Versicherten-Nr. / Aktenzeichen: Eintragen Datum des Anlass gebenden Antrags: Datum eintragen

|  |  |
| --- | --- |
| Leistender Rehabilitationsträger, sofern abweichend von dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger:  | Eintragen  |
|  |  | Datum eintragen |
| Teilhabeplan verbindet mehrere separate Verwaltungsverfahren: |  |
| Anmerkung:Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form verwendet. Die Feldbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter. |

**Teil I - Anfrage des für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträgers**

1. **Angaben zur Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, VornamenEintragen | TelefonEintragen |
| FaxEintragen | E-MailEintragen |
| GeburtsnameEintragen | Geburtsdatum Datum eintragen |
| Straße, HausnummerEintragen |
| PLZEintragen | WohnortEintragen |
| StaatsangehörigkeitEintragen | Geschlecht | Auswählen |
| ggf. Aufenthaltsgenehmigung bis Datum eintragen | ggf. AufenthaltsortEintragen |
| FamilienstandEintragen |
| erlernter BerufEintragen |
| zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Angaben zum ArbeitgeberEintragen |
| arbeitslos seit Datum eintragen | arbeitsunfähig seit Datum eintragen |

1. **Erziehungsberechtigter / Betreuer / Bevollmächtigter**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, VornamenEintragen | TelefonEintragen |
| FaxEintragen | E-MailEintragen |
| Straße, HausnummerEintragen |
| PLZEintragen | WohnortEintragen |
| BetreuungsverhältnisEintragen | eingeleitet amDatum eintragen |
| Betreuungsverhältnis eingeleitet durchEintragen | AktenzeichenEintragen |

1. **Behandelnde Ärzte**

|  |  |
| --- | --- |
| NameEintragen | TelefonEintragen |
| Straße, HausnummerEintragen |
| PLZ Eintragen | Wohnort Eintragen |  |
| NameEintragen | TelefonEintragen |
| Straße, HausnummerEintragen |
| PLZ Eintragen | WohnortEintragen |

1. **Bedürfnisse und Wünsche des Antragstellers in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe**

|  |
| --- |
| Eintragen |

1. **Angaben zum Rehabilitationsbedarf (soweit bereits Informationen vorliegen)**
	1. Beeinträchtigung / Gesundheitsproblem

|  |
| --- |
| Eintragen |

* 1. Anforderungen aus der beruflichen Tätigkeit

|  |
| --- |
| Eintragen |

* 1. Anforderungen aus anderen Lebensbereichen

|  |
| --- |
| Eintragen |

* 1. Auswirkungen von a) auf die Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Sinne der ICF

|  |
| --- |
| Eintragen |

* 1. Stand der Angaben (Datum)

|  |
| --- |
| Datum eintragen |

1. **Hinweise auf trägerübergreifende Rehabilitationsbedarfe in Bezug auf Leistungsgruppen und Leistungsträger**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LeistungsgruppenReha-/ Leistungsträger | Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben | Leistungen zur sozialen Teilhabe | Unterhaltssicherndeu. a. ergänzende Leistungen | Leistungen zur Teilhabe an Bildung |
| Kranken- versicherung |[ ]   |  |[ ]   |
| Rentenversicherung |[ ] [ ]   |[ ]   |
| Unfallversicherung |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Bundesagentur für Arbeit |  |[ ]   |[ ]   |
| öffentliche Jugendhilfe |[ ] [ ] [ ]   |[ ]
| Eingliederungshilfe |[ ] [ ] [ ]   |[ ]
| Kriegsopferversor- gung / - fürsorge |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Integrationsamt |  |  [ ] (begleitende Hilfe) |  |  |  |
| **Begründung zu 6)**Eintragen |

1. **Separat beantragte Leistungen zur Teilhabe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Art der Leistung | Antrag vom | Leistender Reha- bilitationsträger | Bewilligt | Datum | Zeitraum\* | Ort\* | Einrichtung\* |
| Eintragen | Datum eintragen  | Eintragen | ja [ ] nein [ ]  | Datum eintragen  | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Datum eintragen  | Eintragen | ja [ ] nein [ ]  | Datum eintragen  | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Datum eintragen  | Eintragen | ja [ ]  nein [ ]  | Datum eintragen  | Eintragen | Eintragen | Eintragen |

\*soweit bereits feststehend

**7a) Sofern ein unter 7) aufgeführtes separates Verwaltungsverfahren in dieser Teilhabeplanung nicht berücksichtigt sein sollte:**

|  |
| --- |
| Begründung eines fehlenden zeitlichen und sachlichen ZusammenhangsEintragen |

1. **Frühere Leistungen zur Teilhabe** (in den vergangenen 4 Jahren)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Art der Leistung | Rehabilitationsträger | Zeitraum | Ort | Einrichtung |
| Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen |
| Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen | Eintragen |

1. **Teilhabeziele**

(in den Lebensbereichen: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben)

|  |
| --- |
| Eintragen |
| Stand der Angaben (Datum) Datum eintragen |

1. **Voraussichtlich erforderliche Leistungen**

|  |
| --- |
| Eintragen |
| Stand der Angaben (Datum) Datum eintragen |

1. **Eingesetzte Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX**

 Wurden bereits Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs eingesetzt? [ ]  ja [ ]  nein

|  |
| --- |
| Wenn ja, welche? |
| Eintragen |
| Stand der Angaben (Datum) Datum eintragen |

1. **Sonstige Anmerkungen**

 (z. B. Verfahrensgang, Teilhabeplanung auf Wunsch des Leistungsberechtigten, Anlagen, weitere für die Erreichung der Teilhabeziele relevante Sozialleistungen)

|  |
| --- |
| Eintragen |



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

**Erklärung des Antragstellers:**

1. **Einwilligungserklärung**

*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.*

1. **Information**

Es gelten die Pflichten zur Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung, über die ich im Rahmen der Antragstellung informiert wurde.

Unterschrift des Antragstellers

|  |
| --- |
|  |



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