##### Verlaufs- und Entwicklungsbericht

**in der Systematik des HMBW-Verfahrens**

(Version Stadt Bremerhaven, 2017-06-01)

**Leistungsberechtigte/r**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

Anschrift:

Rechtliche Betreuung: [ ]  nein **[ ]** ja

Name, Vorname:

Kontaktdaten:

Wirkungskreise:

**Berichtszeitraum vom       bis**

**Leistungserbringer:**

Leistungstyp:

**AnsprechpartnerIn:**

Name, Vorname / Funktion:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Werden klientenbezogene Zusatzleistungen beantragt: [ ]  nein **[ ]** ja

**1. Überblick zur Lebenssituation(ggf. Information zu folgenden Punkten)**

* Biografie (bei Folgeberichten ggf. notwendige Aktualisierung)

* Ggf. vorhandene Diagnose/n z.B. Zeitpunkt/Aktualität der Diagnose/n

* Aktuelle Wohnsituation und soziales Umfeld

* Relevante Angehörige und Bezugspersonen

* Aktuelle Beschäftigungssituation/Tagesstruktur (z.B. Art der Tagesstruktur, zeitlicher Umfang

und Kontinuität des Besuches)

* Einkommenssituation (z.B. WfbM-Einkommen, EU-Rente)

* Therapeutische Maßnahmen (Welche, wie häufig und durch wen finanziert?)

* Versichert bei Kranken-/Pflegekasse:

**2. Gegenwärtige Lebens- und Betreuungssituation**

2.1 Aktuelles, zentrales Lebensthema / ggf. Problemlage

2.2 Generelle/bedeutende Veränderungen seit der letzten Berichterstattung (Überblick):

**3. Ziele und Maßnahmen**

3.1 Ziele und Zielerreichung
(Vorrangige Ziele bezogen auf Symptomatik, Kompetenzen/Bewältigungsverhalten und angestrebte Veränderungen im Wohn-, Lebens- und Beschäftigungsbereich)

3.2. Maßnahmen

(Umsetzungsschritte und rehabilitative Maßnahmen in Stichworten)

**Feststellung des individuellen Hilfebedarfs**

**Hilfeplanung / Zielvereinbarungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name:**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Geb.:**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Wohnbetreuung und Ansprechpartner:**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Datum:**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**H**ilfe**b**edarfs**k**ategorien nach dem HMB-W-Verfahren: **A** = „keine Hilfe erforderlich/gewünscht“, **B** = „Information, Assistenz, Hilfestellung“,

 **C** = „stellvertretende Ausführung, Begleitung“, **D** =„intensive Förderung/Anleitung, umfassende Hilfestellung“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Alltägliche Lebensführung**
 | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen, Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Einkaufen**

dazu gehören z.B.:* Einkaufsbedarf erkennen
* Einkaufszettel erstellen
* Selbständiges Aufsuchen von Geschäften
* Einkaufen von Gegenständen des täglichen und pers. Bedarfs (Lebensmittel, Bekleidung, Mobiliar, Hobbybedarf)
* bewusstes Auswählen, nach Geschmack, Qualität und Menge
* im Geschäft um Hilfe fragen
* Transport der Ware nach Hause
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **D D**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Zubereitung von Zwischen-mahlzeiten**

dazu gehören z.B.:* + Zubereiten des Frühstücks, des Abendessens, der Kaffeetafel
	+ Auswahl der entspr. Lebensmittel
	+ Anrichten, z.B. Brot oder Obst schneiden
	+ Zubereitung warmer Getränke
	+ Tischdecken, Abräumen, Abwaschen, Abwischen, Abtrocknen
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]  **D D**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Zubereiten von Hauptmahlzeiten**

dazu gehören z.B.:* + Auswahl von Gerichten
	+ Umgang mit dem Kochbuch
	+ Zusammenstellung der Zutaten
	+ Erwärmen von Fertiggerichten
	+ Kochen einfacher Gerichte, Backen
	+ Umgang mit E-Geräten (Herd, Mixer, Froster) und Kenntnis
	+ Vorbereiten der Lebensmittel (z.B. Gemüse)
	+ Tischdecken, Abräumen, Abwaschen, Abwischen, Abtrocknen
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **D C**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Wäschepflege**

dazu gehören z.B.:* + Erkennen der eigenen Wäsche
	+ schmutzige Wäsche in den Wäschekorb legen
	+ Bunt- u. Kochwäsche sortieren
	+ persönliche Wäsche waschen
	+ Waschmittel sachgerecht benutzen
	+ Waschmaschine bedienen
	+ Wäsche aufhängen, abnehmen. sortieren, zusammenlegen, in den Schrank einordnen
	+ Wäsche bügeln, flicken, Knöpfe annähen
	+ Aussortieren von verschlissener und zu kleiner Kleidung/Wäsche
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **D C**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Ordnung im eigenen Bereich**

dazu gehören z. B.:* + Gestaltung des eigenen Zimmers
	+ Aufräumen, Lüften, Blumen gießen, Betten machen und beziehen
	+ Müll trennen, entsorgen
	+ Staubwischen, Staubsaugen, Fußboden wischen, Sanitärbereich putzen
	+ Fenster putzen, Gardinen waschen,
	+ Mithilfe im Gemeinschaftsbereich
	+ Gehwegreinigung, Hausflurreinigung, Gartenpflege
	+ Instandhaltung und Renovierung der eigenen Wohnung
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **C C**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Geld verwalten**

dazu gehören z. B.:* + Kenntnisse über Einsatz des Geldes
	+ Kenntnis des Geldwertes
	+ Unterscheiden von verschiedenen Münzen und Scheinen
	+ Einteilung des Geldes über definierten Zeitraum
	+ Zahlenverständnis
	+ Wechselgeld prüfen
	+ Preisvergleich
	+ Sorgfältiger Umgang, Geld nicht verlieren, Geld sicher aufbewahren
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **C C**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Regeln von finanziellen und (sozial-)rechtlichen Angelegenheiten**

dazu gehören z. B.:* + Ausfüllen von Formularen
	+ Stellen von Anträgen
	+ Beantwortung von Schriftstücken
	+ Zusammenarbeit mit rechtlichen Betreuern
	+ Bankgeschäfte erledigen, Geld abheben, Geld überweisen
	+ Aufsuchen von Ämtern und Behörden
	+ Rechte und Pflichten erkennen
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **C C**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Individuelle Basisversorgung**
 | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Ernährung**

dazu gehören z.B.:* + Genussfähigkeit entwickeln
	+ Auswahl der Nahrung
	+ Genießbarkeit feststellen, Verfallsdatum erkennen
	+ Einteilung der Nahrungsmenge
	+ Essen mit Messer und Gabel oder Löffel
	+ Essensaufnahme mit Hilfsmitteln und Unterstützung
	+ zerkleinern oder pürieren des Essens
	+ Trinken aus dem Becher oder Glas
	+ sich selbst bedienen zu können
	+ angemessenes Verhalten beim Essen
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **C D**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Körperpflege**

dazu gehören z.B.:* + Morgen- und Abendtoilette: Hände waschen, Ganz- oder Teilwaschung, Zähneputzen, Prothesenpflege, Rasieren, Ohren reinigen, Haare waschen, Frisieren
	+ Pediküre, Maniküre, Monatshygiene
	+ sinnvoller Einsatz von Pflegemitteln, Gebrauch von Kosmetik, Kontrolle vor dem Spiegel
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **C D**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Toilettenbenutzung**

dazu gehören z B.:* + Aufsuchen der Toilette
	+ sachgerechte Benutzung der Toilette
	+ Umgang mit Inkontinenz
	+ sich säubern, Hände waschen
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **D D**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Aufstehen/ zu Bett gehen**

dazu gehören z.B.:* + pünktlich und selbständig aufstehen
	+ zeitliche Orientierung
	+ Nutzung von Hilfsmitteln
	+ Ruhebedürfnis erkennen und danach handeln
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Baden/ Duschen**

dazu gehören z.B.:* + selbständiges Duschen/Baden
	+ Temperatureinstellung
	+ Wasser ein- und auslassen
	+ Abtrocknen / Haare trocknen
	+ Reinigung der Badewanne
	+ sachgerechte Nutzung von Pflegemitteln
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Anziehen/ Ausziehen**

dazu gehören z. B.:* + witterungsgerechte Auswahl von Kleidung
	+ selbständiges Ankleiden und Auskleiden
	+ Betätigung von Verschlüssen
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Gestaltung sozialer Beziehungen**
 | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Im unmittelbaren Nahbereich**

**dazu zählen Mitbewohner, betreuende Fachkräfte und sonstige Mitarbeiter, Nachbarn**dazu gehören z.B.:* + zu Menschen der näheren Umgebung angemessen Kontakt aufnehmen und pflegen
	+ sie wahrnehmen und verstehen
	+ Anteil nehmen, Unterstützung geben, Toleranz üben
	+ Regeln und Absprachen einhalten
	+ Umgang mit Beschwerden
	+ sich Konflikten stellen und sie angemessen austragen
	+ Nähe und Distanz steuern
	+ sich in vertrauter und fremder Gruppensituation angemessen verhalten
	+ sich bei besonderen Anlässen angemessen verhalten
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Zu Angehörigen und / oder Personen mit familiärer oder ähnlich persönlicher Beziehung**

dazu gehören z.B.:* + Aufrechterhaltung der Beziehungen
	+ Kontaktaufnahme
	+ Abgrenzung zu Angehörigen
	+ Konfliktbewältigung
	+ Ablösungsprobleme vom Elternhaus
	+ Bewältigung des Abbruchs von Beziehungen
	+ Absprache und Konfliktlösung bei zusätzlicher Funktion von Angehörigen als ehrenamtliche rechtliche Betreuer
	+ Verarbeitung fehlender familiärer Beziehungen, Trauerarbeit
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **In Freundschaften/ Partnerschaften**

dazu gehören z.B.:* + Aufbau und Erhalt der Beziehungen
	+ Gegenseitige Bedürfnisse und Grenzen erkennen und mitteilen
	+ Konflikt- /Krisenbewältigung
	+ Umgang mit eigener Sexualität
	+ Kenntnisse über Verhütung
	+ Kinderwunsch, Familienplanung
	+ Bewältigung unerfüllter Partnerwünsche und sexueller Wünsche
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben**
 | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Gestaltung freier Zeit/ Eigenbeschäftigung**

dazu gehören z.B.:* + Nutzung der freien Zeit
	+ Planung, Einteilung der freien Zeit
	+ Ausführung von Hobbys und Freizeitaktivitäten
	+ Entwicklung persönlicher Vorlieben und Talente
	+ Umgang mit Medien
	+ Umgang mit Kulturtechniken, Lesen, Schreiben
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Teilnahme an Freizeitangeboten/ kulturellen Veranstaltungen**

dazu gehören z.B.:* + Information über Angebote
	+ eigene Auswahl von Angeboten
	+ aktives Aufsuchen/Teilnehmen
	+ eigene Grenzen erkennen und akzeptieren
	+ Teilnehmen einschl. der erforderlichen körperliche Mobilität
	+ Urlaubsreisen
	+ Abwechslung und Ausdauer
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Begegnung mit sozialen Gruppen**

dazu gehören z.B.:* + Orientierung in fremden Gruppen
	+ situationsangemessenes Sozialverhalten
	+ Konfliktbewältigung im Freizeitbereich
	+ Konfliktbewältigung im Arbeitsbereich
	+ Gruppenfähigkeit
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche**

dazu gehören z.B.:* + Besuch von Schule, Arbeitsplatz, Beschäftigungsbereich, Verein, Freizeitgruppen, Selbsthilfegruppen, Religionsgemeinschaft
	+ Zugang zu neuen Lebensräumen
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Entwickeln von Zukunftsperspektiven/Lebensplanung**

dazu gehören z.B.:* + Entwickeln von selbstständigen und betreuten Wohnperspektiven Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung
	+ Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Gesellschaft
	+ Entwickeln persönlicher Ziele
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Kommunikation und Orientierung**
 | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen, Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen/ Unterstützung der Kulturtechniken**

dazu gehören z.B.:* + gezieltes Training einer Hilfsmittelnutzung (wie Langstock, Hörgerät, PC)
	+ Übung von Gebärdensprache oder anderen nichtsprachlichen Kommunikationswegen
	+ Übungen zur Aufrechterhaltung oder Erweiterung der Kulturtechniken
	+ Übungen zum Erlernen der deutschen Sprache bei Ausländern, Kommunikationshilfe, Sprachverständnis
	+ verbale Fähigkeiten
	+ nonverbale Ausdrucksfähigkeit
	+ Fördern der Fähigkeit Wünsche, Bedürfnisse, Befindlichkeiten mitzuteilen
	+ Lesen und Schreiben üben
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Zeitliche Orientierung**

dazu gehören z.B.:* + Kenntnis der Uhrzeit
	+ des Tag-/Nacht–Rhythmus
	+ der Wochentage
	+ des Jahresrhythmus (Feiertage)
	+ Einhaltung zeitlicher Absprachen
	+ Nutzen und Erstellen von Kalender und Wochenplänen
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung**

dazu gehören z.B.:* + Orientierung im Wohnbereich,
	+ Kenntnis der Lage des eigenen Zimmers, der Wohnung, des Hauses
	+ Orientierung auf dem Gelände
	+ in der Nachbarschaft
	+ an allen regelmäßig aufgesuchten Orten einschließlich des Weges zur Arbeit
	+ Mobilitätstraining
	+ Verkehrssicherheit
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Räumliche Orientierung in fremder Umgebung**

dazu gehören z. B.:* + Orientierung in der weiteren Nachbarschaft, in anderen Bezirken
	+ Orientierung nach Ortsangaben
	+ Nutzung von Nahverkehrsmitteln
	+ Nutzung von Fernverkehrsmitteln
	+ Verkehrssicherheit
	+ Mobilitätstraining
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Emotionale und psychische Entwicklung**
 | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen**

dazu gehören z.B.:* + motorische Unruhe, innere Unruhe
	+ ständiges Reden, diffuse Lautäußerungen, Schreien
	+ unmotiviertes An- und Auskleiden auch von einzelnen Kleidungsstücken
	+ häufiges Zerreißen von Gegenständen
	+ Weglaufen
	+ hypersensible Wahrnehmung
	+ sich bedroht fühlen von anderen Menschen oder Veränderungen in der Umgebung
	+ Zwangshandlungen
	+ stereotype Verhaltensweisen

Bei Heranwachsenden: altersbedingte Ängste (z.B. nicht allein bleiben können), erhebliche Spannungen im Rahmen der psychosozialen Entwicklungsphasen (z.B. Pubertät). | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Bewältigung von Antriebsstörungen**

dazu gehören z.B.:* + Apathie, Antriebsarmut
	+ Passivität, Bewegungsarmut
	+ Interesselosigkeit, Lethargie
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Bewältigung paranoider und/oder affektiver Symptomatik**

dazu gehören z.B.:* + Wahnvorstellungen
	+ depressive Störungen
	+ manische Störungen
	+ Befindlichkeitsstörungen im Sinne psychosomatischer Erkrankungen/ -funktioneller Störungen
	+ Borderlinestörungen
	+ Sucht (Alkohol, Drogen, Essstörungen)
	+ Maßnahmen zur Bewältigung des Suchtproblems
	+ Besuch einer Selbsthilfegruppe
	+ Zwangserkrankungen (z.B. Waschzwang)
	+ Posttraumatische Belastungsstörungen.

Der individuelle persönliche Hilfebedarf wird durch die Behandlungsmöglichkeiten des Psychologen oder Facharztes beeinflusst und sollte mit diesem abgestimmt werden. | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Umgang mit und Abbau von erheblichen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen**

dazu gehören z.B.:* + sich an den Haaren ziehen, Kopf gegen die Wand/Hand gegen den Kopf schlagen, in Körperteile beißen, sich blutig kratzen, sich in die Augen stechen, Kotschmieren
	+ Verweigerung von Medikamenten­einnahme, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung
	+ Suiziddrohung und -gefährdung
	+ Angriff auf andere Personen, z.B. andere schlagen, schubsen, an den Haaren ziehen, kratzen, würgen
	+ Sexuelle Übergriffe/Gewalt
	+ Gewalt gegen Sachen, zündeln
	+ Rauchen im Bett bei Müdigkeit

Hierzu zählen alle Verhaltensweisen, durch die ernsthafte Gefahren für die eigene Gesundheit oder die anderer Menschen entstehen. | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]  **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Gesundheitsförderung und erhaltung**
 | **Kompetenzen/ Individueller Hilfebedarf** | **HBK** bisher | **HBK** Vorschlag | **Aktuelle Ziele** | **Maßnahmen,Methodik, Zeitrahmen** |
| 1. **Ausführen ärztlicher, therapeutischer Verordnungen**

dazu gehören z.B.:* + Einnahme von Medikamenten (oral, rektal)
	+ Einnahme von Betäubungsmitteln (BtM)
	+ Injektionen (subkutan, intramuskulös, intravenös)
	+ Einreibungen
	+ Inhalieren, Bedienen von Inhalationsgeräten
	+ Fortführung therapeutischer Maßnahmen im Alltag (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie)
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Absprache und Durchführung von Arztterminen**

dazu gehören z.B.:* + Arztwahl
	+ Terminvereinbarung
	+ Regelmäßige wöchentliche Begleitung zum Arzt, Gespräch mit dem Arzt
	+ Transport
	+ Rezepte und Verordnungen einlösen
	+ Versorgung bei geringfügigen akuten Erkrankungen (Erkältung)
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Spezielle pflegerische Erfordernisse**

dazu gehören z.B.:* + Dekubitusprophylaxe und -versorgung,
	+ Sturzprophylaxe
	+ Bedienung von Sauerstoffgeräten
* Sekret absaugen in den oberen Atemwegen, Tracheostoma-Versorgung (herausnehmen und reinigen).
* Aspirationsprophylaxe und Pneumonieprophylaxe
* Ernährungsmanagement bei erheblichen Risikofaktoren (z.B. vorliegender Mangelernährung, Essstörungen)
* Pflege bei Sondenernährung, z.B. bei Versorgung mit einer PEG-Sonde
* Förderung der Harnkontinenz (z.B. Beckenbodentraining)
* Hilfen zum Urinieren, z.B. bei Miktionsstörungen (z.B. Beutelwechsel und Reinigen des Bauchdeckenkatheters)
* Hilfen zum Abführen, z.B. bei Obstipation bzw. Diarrhöe(z.B. Klistier, Beutelwechsel und Reinigen des Dauerkatheters bei künstlichem Darmausgang)
* Anlegen von / Umgang mit Hilfsmitteln, wie beispielsweise
	+ Prothesen als Ersatz für Extremitäten (Arm/Bein etc.),
	+ Orthesen, die als orthopädisches Gerät mit Stütz- und haltungskorrigierender Funktion verordnet sind, die der Stabilisierung, Ruhigstellung, Entlastung, Führung oder Korrektur des Körpers und der betroffenen Gliedmaßen dienen zur Kontraktur-Prophylaxe
	+ Stehbett
* Kompressionsstrümpfe, -wickel
* Beobachtung und Umgang mit chronischen Schmerzen (Schmerzmanagement)
* Versorgung von chronischen Wunden
	+ Umgang mit chronischen Infektionserkrankungen (z.B. Soor, Hepatitis C und MRSA)
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes**

dazu gehören z.B.:* + Regelmäßige Gesundheitskontrollen, Vorsorgeuntersuchungen
	+ Beobachtung bei Krankheit
	+ Gewichtskontrolle
	+ Überwachung bei chronischen Erkrankungen, z.B. Diabetes, Epilepsie
	+ Einhaltung von ärztlich verordneten Diäten
	+ Beobachtung des allgemeinen Gesundheitszustandes
	+ Beobachtung/Dokumentation der Ein-/Ausfuhr bei z.B. funktionsgeschädigten Nieren, Dialyse, Austrocknungsgefahr, Darmträgheit
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Gesundheitsfördernder Lebensstil**

dazu gehören z.B.:* + Krankheitseinsicht und Verständnis
	+ Kenntnisse über gesunde Ernährung
	+ ausgewogene Ernährung
	+ körperliches Training
	+ Bewegung an der frischen Luft
	+ Vermeidung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen wie z.B. zu wenig Schlaf, Flüssigkeitszufuhr
 | **k**[ ] **k.m.S**[ ] **k.n.**[ ]   **A A**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Anmerkungen:

Datum:       Bezugsbetreuer/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_