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:

1. **Angaben zur bisherigen bewilligten Leistung:**

Leistungserbringer (Name und Anschrift):

Bewilligte Leistung: Leistungstyp / Umfang

Kontaktperson beim Leistungserbringer, Telefon, E-Mail

1. **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:

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

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

1. **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