

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

**Endfassung 18.02.10**

**- Individueller Hilfe- und Versorgungsplan (Teil I) -**

|   |   |
|---|---|
| <b>Beratungsstelle:</b><br><br><p style="text-align: center;">Stempel</p> | <b>Berater/in:</b><br>Name, Vorname: _____ ,<br>Telefonnummer: _____<br>Telefax: _____<br>E-Mail: _____ |
|---|---|

|                                 |   |                                       |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|
| <b>Art der Kontakt-aufnahme</b> | <input type="checkbox"/> Persönlich             | <input type="checkbox"/> Email        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Telefonisch            | <input type="checkbox"/> Erstkontakt  |
|                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Schriftlich | <input type="checkbox"/> Folgekontakt |
|                                 | <input type="checkbox"/> Fax                    |                                       |

|  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| <b>Kenntnis vom Pflegestützpunkt durch</b> | <input type="checkbox"/> Presse    | <input type="checkbox"/> Leistungserbringer                         |
|  | <input type="checkbox"/> Funk      | <input type="checkbox"/> Arzt                                       |
|  | <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> Apotheker                                  |
|  | <input type="checkbox"/> Flyer     | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe                          |
|  | <input type="checkbox"/> Internet  | <input type="checkbox"/> Kostenträger                               |
|  | <input type="checkbox"/> Kommune   | <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Nachbarn, Mundpropaganda) |
|  |                                    |   |

PSP wurde als erste Anlaufstelle aufgesucht

**I. Stammdaten**

|  |                                |                                  |                          |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <b>A. Betroffener, Ratsuchender Versicherter</b> | Name, Vorname _____            |                                  | Titel _____              |
|  | Geschlecht _____               | Geburtsdatum<br>TT.MM.JJJJ _____ |                          |
| <b>KV-Nummer</b>                                 | PLZ, Wohnort _____             |                                  | Straße, Hausnummer _____ |
|  | Telefon (privat) _____         | E-Mail _____                     | Versicherungsart: _____  |
|  | Telefon (mobil) _____          | Fax _____                        |                          |
| <b>Kranken-/Pflegekasse:</b>                     | AOK: _____                     | BKK: _____                       |                          |
|  | IKK: _____                     | KBS: _____                       | Ersatzkassen: _____      |
|  | Nationalität _____             | Sprache _____                    |                          |
|  | Migrationsvorgeschichte: _____ |                                  |                          |

**Anmerkung: Die dunkelgrau hinterlegten Felder sind für die Statistik erforderlich.**

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

|                                   |                             |  |                                |   |
|-----------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|---|
| <b>B1. Zentrale Kontaktperson</b> | Name, Vorname               |  | Titel                          |   |
|                                   | Geschlecht                  |  | Geburtsdatum                   |   |
|                                   | PLZ, Wohnort                |  | Straße, Hausnummer             |   |
|                                   | Telefon (privat)            |  | Telefon (mobil)                | Telefon (dienstlich)                      |
|                                   | E-Mail                      |  | Fax                            |   |
|                                   | Funktion der Kontaktperson: |  | Versicherte/r (Privatpersonen) | Kranken-/Pflegekasse (Offizielle Stellen) |
|                                   | Nationalität                |  | Sprache                        |   |
|                                   |                             |  |                                |   |
|                                   |                             |  |                                |   |
|                                   |                             |  |                                |   |

|                                  |                             |  |                                |   |
|----------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|---|
| <b>B2. Weitere Kontaktperson</b> | Name, Vorname               |  | Titel                          |   |
|                                  | Geschlecht                  |  | Geburtsdatum                   |   |
|                                  | PLZ, Wohnort                |  | Straße, Hausnummer             |   |
|                                  | Telefon (privat)            |  | Telefon (mobil)                | Telefon (dienstlich)                      |
|                                  | E-Mail                      |  | Fax                            |   |
|                                  | Funktion der Kontaktperson: |  | Versicherte/r (Privatpersonen) | Kranken-/Pflegekasse (Offizielle Stellen) |
|                                  | Nationalität                |  | Sprache                        |   |
|                                  |                             |  |                                |   |
|                                  |                             |  |                                |   |
|                                  |                             |  |                                |   |

|           |  |                                  |  |  |                      |  |
|-----------|--|----------------------------------|--|--|----------------------|--|
| <b>C.</b> | <input type="checkbox"/> <b>Betreuer</b>         | Name, Vorname                    |  | Titel  |                      |  |
|           | <input type="checkbox"/> <b>Bevollmächtigter</b> | Fax                              |  | E-Mail   |                      |  |
|           |  | PLZ, Wohnort                     |  | Straße, Hausnummer   |                      |  |
|           |  | Telefon (privat)                 |  | Telefon (mobil)  | Telefon (dienstlich) |  |
|           |  | Betreuer/ Bevollmächtigter seit: |  |  |                      |  |
|           |  | Datum                            |  | Umfang der Betreuung<br>Nachweis liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                      |  |
|           |  |                                  |  |  |                      |  |
|           |  |                                  |  |  |                      |  |
|           |  |                                  |  |  |                      |  |
|           |  |                                  |  |  |                      |  |

**Anmerkung: Die dunkelgrau hinterlegten Felder sind für die Statistik erforderlich.**

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <b>Erstgespräch<br/>geführt mit</b> | <input type="checkbox"/> A (Betroffener)            | <input type="checkbox"/> B1 (Zentrale Kontaktperson)   |
|                                     | <input type="checkbox"/> B2 (Weitere Kontaktperson) | <input type="checkbox"/> C (Betreuer/Bevollmächtigter) |

|                     |               |                    |        |
|---------------------|---------------|--------------------|--------|
| <b>D1. Hausarzt</b> | Name, Vorname | Telefon            | E-Mail |
|                     | PLZ, Wohnort  | Straße, Hausnummer |        |
|                     | Fax           | Öffnungszeiten     |        |

|  |               |                    |        |
|--|---------------|--------------------|--------|
| <b>D2. (behandelnder)<br/>Facharzt</b> | Name, Vorname | Telefon            | E-Mail |
|  | PLZ, Wohnort  | Straße, Hausnummer |        |
|  | Fax           | Fachrichtung       |        |

## II. Weitere Informationen

|                        |                                     |   |
|------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>II.1 Wohnumfeld</b> | <input type="checkbox"/> Wohnung    | <input type="checkbox"/> Einrichtung § 43a SGB XI |
|                        | <input type="checkbox"/> Haus       | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen         |
|                        | <input type="checkbox"/> Pflegeheim | <input type="checkbox"/> Sonstiges                |

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <b>II.2 Beratungsort</b> | <input type="checkbox"/> Haushalt: <input type="checkbox"/> I.A <input type="checkbox"/> I.B1 <input type="checkbox"/> I.B2 | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle      |
|                          | <input type="checkbox"/> Krankenhaus  | <input type="checkbox"/> Kranken-/Pflegekasse |
|                          | <input type="checkbox"/> Pflegestützpunkt   | <input type="checkbox"/> Kommune              |
|                          | <input type="checkbox"/> Pflegeheim   | <input type="checkbox"/> Keiner / telefonisch |

|  |                            |                                      |
|--|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>II.3 Derzeitige<br/>Pflegestufe</b> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3           |
|  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3/Härtefall |
|  | <input type="checkbox"/> 2 |                                      |

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <b>II.4 Derzeitige<br/>Leistungen</b> | <input type="checkbox"/> Pflegegeld                   | <input type="checkbox"/> Teilstationäre Pflege |
|                                       | <input type="checkbox"/> Ambulante Pflegesachleistung | <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege |
|                                       | <input type="checkbox"/> Kombileistung                | <input type="checkbox"/> § 45 b SGB XI         |
|                                       |   | <input type="checkbox"/> § 87 b SGB XI         |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>II.5 Maßnahmen<br/>zur Pflegestufe</b> | <input type="checkbox"/> Bereits beantragt              | <input type="checkbox"/> Klage eingelegt                           |
|   | <input type="checkbox"/> Höherstufung bereits beantragt | <input type="checkbox"/> Umstellung der Leistung bereits beantragt |
|   | <input type="checkbox"/> Widerspruch läuft              |  |

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| <b>II.6 Soziales<br/>Umfeld</b> | <input type="checkbox"/> nicht alleinlebend (mit wem?) | <input type="checkbox"/> Entfernt lebende Angehörige |
|                                 | <input type="checkbox"/> alleinlebend                  | <input type="checkbox"/> keine Angehörige vorhanden  |
|                                 | <input type="checkbox"/> Angehörige im Ort             | <input type="checkbox"/> helfende Nachbarn           |
|                                 |  | <input type="checkbox"/> Sonstiges, Hilfe durch:     |

**Anmerkung: Die dunkelgrau hinterlegten Felder sind für die Statistik erforderlich.**

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr.  
(falls vorhanden)

Datum

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>II.7 Schwer-<br/>behinderung</b> | <input type="checkbox"/> anerkannt                       | Merkzeichen:<br>Grad der Behinderung in % |
|                                     | <input type="checkbox"/> Ausweis<br>bereits<br>beantragt |   |

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| <b>II.8 Diagnosen</b> | 1 | 4 |
|                       | 2 | 5 |
|                       | 3 | 6 |

**Multimedikation**

**II.9 Sonstige Informationen zum Betroffenen,  
Ratsuchenden, Versicherten**

|  |   |
|--|---|
| <b>II.10 Beratungsanlass</b>                         | <input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegeleistungen      |
|  | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Antragstellung     |
|  | <input type="checkbox"/> Informationen zu Leistungen      |
|  | <input type="checkbox"/> SGB V                            |
|  | <input type="checkbox"/> SGB VI                           |
|  | <input type="checkbox"/> SGB VIII                         |
|  | <input type="checkbox"/> SGB IX                           |
|  | <input type="checkbox"/> SGB XI                           |
|  | <input type="checkbox"/> SGB XII                          |
|  | <input type="checkbox"/> soziale Leistungen               |
|  | <input type="checkbox"/> Demenzberatung                   |
|  | <input type="checkbox"/> Informationen                    |
|  | <input type="checkbox"/> zu Erkrankung(en)                |
|  | <input type="checkbox"/> zur Gestaltung des Alltagslebens |
| <input type="checkbox"/> zum Gesundheitswesen        |   |
| <input type="checkbox"/> zu Selbsthilfe/-gruppen     |   |
| <input type="checkbox"/> zu ehrenamtlichen Hilfen    |   |
| <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe              |   |
| <input type="checkbox"/> komplementäre Hilfen        |   |
| <input type="checkbox"/> Wohnsituation               |   |
| <input type="checkbox"/> Häuslichen Problemsituation |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                  |   |

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>II. 11 Angebot der Pflegeberatung<br/>§ 7a SGB XI angenommen:</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Pflegeberatung auf Wunsch</b>                                     | <input type="checkbox"/>    |                               |

|   |                             |  |
|---|-----------------------------|--|
| <b>II.12 Hausbesuch notwendig/geplant</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
|---|-----------------------------|--|

**Anmerkung: Die dunkelgrau hinterlegten Felder sind für die Statistik erforderlich.**

4

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten

KV-Nr.

Datum

(falls vorhanden)

|  |                                   |   |                               |                               |                  |
|--|-----------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|------------------|
| <b>II.13 Maßnahmenplanung/ Ergebnis der Beratung</b> | <input type="checkbox"/>          | Fallkonferenz angeregt                        |                               |                               |                  |
|  | <input type="checkbox"/>          | Abschließende Beratung durchgeführt           |                               |                               |                  |
|  | <input type="checkbox"/>          | Hilfe-/ Kontaktperson vermittelt              |                               |                               |                  |
|  | <input type="checkbox"/>          | Koordination von Leistungen vorgenommen       |                               |                               |                  |
|  | <input type="checkbox"/>          | Kontaktherstellung erfolgt                    |                               |                               |                  |
|  | <input type="checkbox"/>          | Weiteren Beratung/Klärung erforderlich        |                               |                               |                  |
|  | <input type="checkbox"/>          | Infoweitergabe an zuständigen Leistungsträger | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | am _____ erfolgt |
|  | <b>Übergabe an Pflegeberatung</b> |   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |                  |
| an: Name, Vorname des Sachbearbeiters _____ , _____  |                                   |   |                               |                               |                  |
| <b>Übergabe an zuständigen Leistungsträger</b>       |                                   | <input type="checkbox"/> ja                   | <input type="checkbox"/> nein |                               |                  |
| an: Name, Vorname des Sachbearbeiters _____ , _____  |                                   |   |                               |                               |                  |

**Anmerkung: Die dunkelgrau hinterlegten Felder sind für die Statistik erforderlich.**

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten

KV-Nr.

Datum

(falls vorhanden)

**III. Versorgungsplanung****III.1 Körperpflege**

| Hilfebedarf bei(m)         | Nein | Form der Hilfe |    |    |   |   | Häufigkeit pro |       | Anmerkungen |
|----------------------------|------|----------------|----|----|---|---|----------------|-------|-------------|
|                            |      |                |    |    |   |   | Tag            | Woche |             |
| <b>Waschen</b>             |      |                |    |    |   |   |                |       |             |
| Waschen Oberkörper (OK)    |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |
| Waschen Unterkörper        |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |
| Waschen Hände/Gesicht (HG) |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |
| <b>Duschen</b>             |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |
| <b>Baden</b>               |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |
| <b>Zahnpflege</b>          |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |
| <b>Kämmen</b>              |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |
| <b>Rasieren</b>            |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |

**III.2 Darm- und Blasenentleerung**

|                               |  |   |    |    |   |   |  |  |  |
|-------------------------------|--|---|----|----|---|---|--|--|--|
| Wasserlassen                  |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| Stuhlgang                     |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| Richten der Bekleidung        |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| IKP-Wechsel nach Wasserlassen |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| IKP-Wechsel nach Stuhlgang    |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| Wechseln kleiner Vorlagen     |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr.  
(falls vorhanden)

Datum

| Hilfebedarf bei(m)             | Nein | Form der Hilfe |    |    |   |   | Häufigkeit pro |       | Anmerkungen |
|--------------------------------|------|----------------|----|----|---|---|----------------|-------|-------------|
|                                |      |                |    |    |   |   | Tag            | Woche |             |
| Wechseln/Entleerung Urinbeutel |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |
| Wechsel/Entleerung Stomabeutel |      | U              | TÜ | VÜ | B | A |                |       |             |

### III.3 Ernährung

|   |  |   |    |    |   |   |  |  |  |
|---|--|---|----|----|---|---|--|--|--|
| <b>Mundgerechte Zubereitung der Nahrung</b> |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| <b>Aufnahme der Nahrung</b>                 |  |   |    |    |   |   |  |  |  |
| Oral  |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| Über Ernährungssonde                        |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |

### III.4 Mobilität

|  |  |   |    |    |   |   |  |  |  |
|--|--|---|----|----|---|---|--|--|--|
| <b>Aufstehen/Zu-Bett-Gehen</b>                                 |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| Umlagern   |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| <b>An- und Auskleiden</b>                                      |  |   |    |    |   |   |  |  |  |
| Ankleiden Gesamt (GK)  |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| Ankleiden Ober-/Unterkörper (TK)                               |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| Entkleiden Gesamt (GE)   |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| Entkleiden Ober-/Unterkörper (TE)                              |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| <b>Gehen</b>   |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| <b>Stehen (Transfer)</b>                                       |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| <b>Treppensteigen</b>  |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |
| <b>Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung/Pflegeeinrichtung</b> |  | U | TÜ | VÜ | B | A |  |  |  |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

| Ist-Situation:<br>Hilfebedarf   | konkreter Bedarf:  | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan:   | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung   | Erledigt (Datum,<br>Hdz.)  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft<br><div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> | <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> | <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> | <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> | <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div>      | <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> | <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> | <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> | <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten

KV-Nr.  
(falls vorhanden)

Datum

| Ist-Situation:<br>Bereich Pflegerische Hilfen (SGBXI)   | konkreter Bedarf:                      | Einzuleitende Maßnahmen/ Versorgungsplan:   | Verantwortliche/r für die Umsetzung    | Erledigt (Datum, Hdz.)                 |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegesachleistungen<br><br><input type="checkbox"/> Pflegegeld<br><br><input type="checkbox"/> Kombinationsleistungen     | [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] | <input type="checkbox"/> Antrag d. Vers. auf/zur [Redacted] durch Pflegeberater/-in auslösen<br><input type="checkbox"/> Abstimmung mit Externen: [Redacted]<br><input type="checkbox"/> Vermittlung Ansprechpartner [Redacted] | [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] | [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] |
| <input type="checkbox"/> Teilstationäre Pflege<br><br><input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege<br><br><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] | <input type="checkbox"/> Übersendung Infomaterial [Redacted]<br><br><input type="checkbox"/> Beratung zu: [Redacted]<br>[Redacted]  | [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] | [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege  | [Redacted]                             | [Redacted]  | [Redacted]                             | [Redacted]                             |
| <input type="checkbox"/> zusätzl. Betreuungsleistungen bei EdA  | [Redacted]                             | [Redacted]  | [Redacted]                             | [Redacted]                             |
| <input type="checkbox"/> Beratungseinsätze (§ 37 Abs.3 SGB XI)  | [Redacted]                             | [Redacted]  | [Redacted]                             | [Redacted]                             |





































































Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

**IV.1 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SGBXI)**

| Ist-Situation:<br>Bereich Pflegerische Hilfen (SGBXI)   | konkreter Bedarf: | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan: | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung | Erledigt (Datum,<br>Hdz.) |
|---|-------------------|--|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palliativ-/Hospizversorgung  |                   |  |  |                           |
| <input type="checkbox"/> Beratungen in Bezug auf pflegebe-<br>gründende Diagnosen                                       |                   |  |  |                           |
| <input type="checkbox"/> Leistungen für Pflegeperson<br>(§§ 44 - 44a SGB XI)  |                   |  |  |                           |
| <input type="checkbox"/> Angebote zur Unterstützung, Ent-<br>lastung und Qualifizierung                                 |                   |  |  |                           |
| <input type="checkbox"/> Pflegefachliche Beratung/ Anlei-<br>tung Pflegeperson  |                   |  |  |                           |
| <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbessernde Maß-<br>nahmen  |                   |  |  |                           |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |                   |  |  |                           |






















































Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

**IV.2 Präventive, kurative, rehabilitative und medizinische Hilfen (SGBV)**

| Ist-Situation:<br>Bereich SGBV - Leistungen  | konkreter Bedarf:   | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan:  | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung  | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.)   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege:<br><input type="checkbox"/> Behandlungspflege<br><input type="checkbox"/> Grundpflege<br><input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung<br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/>  | <br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br> |
| <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe  |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> Heilmittel<br><input type="checkbox"/> bereits erhaltene Leistungen<br><br><input type="checkbox"/> Art/Umfang<br>  | <br><br>  | <br><br>  | <br><br>  | <br><br>  |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlungen<br><input type="checkbox"/> laufende Behandlung bei<br><br><input type="checkbox"/> Hausarzt (Frequenz)<br><br><input type="checkbox"/> Facharzt (Art/Frequenz)<br>   | <br><br><br>  | <br><br><br>  | <br><br><br>  | <br><br><br>  |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

**IV.2 Präventive, kurative, rehabilitative und medizinische Hilfen (SGBV)**

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuzahlungen / Befreiungen<br><input type="checkbox"/> Befreiungsregelung<br><br><input type="checkbox"/> Chronikerregelung<br><br><input type="checkbox"/> <br><br><input type="checkbox"/>  | <br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br> |
| <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (in den letzten 3 Jahren)<br><input type="checkbox"/> <br><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> ambulante Reha:<br><br><br><input type="checkbox"/> stationäre Reha:<br>  | <br><br>   | <br><br>   | <br><br>   |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsprogramm (z.B. DMP)<br><input type="checkbox"/> <br><br><input type="checkbox"/>    | <br><br>   | <br><br>   | <br><br>   | <br><br>   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/>       | <br><br>  | <br><br>  | <br><br>  | <br><br>  |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

**IV.3 Hilfsmittel / Pflegehilfsmittel (SGBV/SGB XI/SGBXII)**

| Ist-Situation:<br>Bereich SGBV - Leistungen   | konkreter Bedarf:   | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan:  | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung  | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.)   |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel<br><div style="margin-left: 20px;"> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div> </div> | <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div> | <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div> | <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div> | <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><div style="margin-left: 20px;"> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div> </div>  | <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div>  | <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div>  | <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div>  | <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #ccc; width: 40px; height: 15px;"></div>  |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

**IV.4 Rentenversicherung / Unfallversicherung (SGBVI/SGBVII), Sondergesetze (z.B. BVG, OEG)**

| Ist-Situation:<br>Bereich Soziale Sicherung  | konkreter Bedarf:  | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan:   | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung                                       | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.)  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leistungen der Rentenversiche-<br>rung:<br><br>RV-Nr.: <input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Antrag auslösen<br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Leistungen der Unfallversicherung:<br><br>UV-Nr.: <input type="text"/><br><br><input type="text"/>      | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Antrag auslösen<br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/>           | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/>                     | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><br><input type="text"/><br><br><input type="text"/> |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

**IV.5 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)**

| Ist-Situation:<br>Bereich SGB IX - Leistungen  | konkreter Bedarf:  | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan:  | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung   | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.)  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Persönliches Budget<br><input type="checkbox"/> Antragverfahren läuft bereits<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Antrag auslösen<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Koordinierungsbedarf<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Terminierung für Beteiligte<br><input type="checkbox"/> Beteiligte informieren<br><input type="checkbox"/> Einladung aussprechen<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Koordinierungsbedarf<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Terminierung für Beteiligte<br><input type="checkbox"/> Beteiligte informieren<br><input type="checkbox"/> Einladung aussprechen<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Unterstützungsbedarf<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Durchführung überwachen<br><input type="checkbox"/> Fallkonferenz Teilnehmer:<br><input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten

KV-Nr.  
(falls vorhanden)

Datum

**IV.6 Soziale Hilfe (SGBXII)**

























| Ist-Situation:<br>Bereich SGBXII - Leistungen   | konkreter Bedarf:   | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan: | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.) |
|---|---|--|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und Erwerbsminderung<br><input type="checkbox"/> Antragverfahren läuft bereits<br><input type="checkbox"/>   |   | <input type="checkbox"/> Antrag auslösen<br> |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt<br><input type="checkbox"/> Antragverfahren läuft bereits<br><input type="checkbox"/>  |   | <input type="checkbox"/> Antrag auslösen<br> |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit<br><input type="checkbox"/> Antragverfahren läuft bereits<br><input type="checkbox"/> vorbeugende Gesundheitshilfe<br><input type="checkbox"/> Hilfe bei Krankheit<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> vorbeugende Gesundheitshilfe<br><input type="checkbox"/> Hilfe bei Krankheit<br> | <input type="checkbox"/> Antrag auslösen<br> |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (s. auch IV 7)<br><input type="checkbox"/> Antragverfahren läuft bereits<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   |   | <input type="checkbox"/> Antrag auslösen<br> |  |                             |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten  
(falls vorhanden)

KV-Nr.  
(falls vorhanden)

Datum

**IV.6 Soziale Hilfe (SGBXII)**

| Ist-Situation:<br>Bereich SGBXII - Leistungen  | konkreter Bedarf:  | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan:  | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung  | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.)   |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege<br><br><input type="checkbox"/> Antragverfahren läuft bereits<br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Hilfen<br><br><input type="checkbox"/> Stationäre Pflege<br><input type="checkbox"/> teilstationäre Pflege<br><input type="checkbox"/> häusliche Pflege<br><input type="checkbox"/> Pflegegeld<br><input type="checkbox"/> andere Leistungen<br> | <input type="checkbox"/> Antrag auslösen<br><br>   | <br><br>       | <br><br>       |
| <input type="checkbox"/> Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten<br><input type="checkbox"/> Antragverfahren läuft bereits<br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/>  | <br><br>  | <br><br> | <br><br> | <br><br> |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten

KV-Nr.  
(falls vorhanden)

Datum

**IV.6 Soziale Hilfe (SGBXII)**





































| Ist-Situation:<br>Bereich SGBXII - Leistungen   | konkreter Bedarf:            | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan: | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.)  |
|---|------------------------------|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hilfe in anderen Lebenslagen<br><input type="checkbox"/> Altenhilfe<br><input type="checkbox"/> Blindenhilfe<br><input type="checkbox"/> Hilfe in sonstigen<br>Lebenslagen<br><input type="checkbox"/> Bestattungskosten<br><input type="checkbox"/> Antragverfahren läuft bereits<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <br><br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br><br>                 | <br><br><br><br><br><br><br>           | <br><br><br><br><br><br><br> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  | <br><br><br>                 | <br><br><br>                                 | <br><br><br>                           | <br><br><br>                 |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten

KV-Nr.  
(falls vorhanden)

Datum

**IV.7 Gestaltung des Alltagslebens**

| Ist-Situation:<br>Gestaltung des Alltagslebens   | konkreter Bedarf:  | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan:  | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung   | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.)  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fahr- und Begleitsdienst für behinderte Menschen und Senioren<br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/>      | <br><br>    | <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahmen/<br>Vermittlung<br><br><input type="checkbox"/> Informationen über<br>passende Angebote | <br><br>    | <br><br>    |
| <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung / Teilnahme an Aktivitäten und Veranstaltungen<br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/>  | <br><br>    | <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahmen/<br>Vermittlung<br><br><input type="checkbox"/> Informationen über<br>passende Angebote | <br><br>    | <br><br>    |
| <input type="checkbox"/> Vermittlung sozialer Kontakte<br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/> <br><input type="checkbox"/>                                   | <br><br> | <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahmen/<br>Vermittlung<br><br><input type="checkbox"/> Informationen über<br>passende Angebote | <br><br> | <br><br> |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten

KV-Nr.  
(falls vorhanden)

Datum

**IV.7 Gestaltung des Alltagslebens**

| Ist-Situation:   | konkreter Bedarf:  | Einzuleitende Maßnahmen/<br>Versorgungsplan:   | Verantwortliche/r für<br>die Umsetzung   | Erledigt (Da-<br>tum, Hdz.)  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angebot von Selbsthilfegruppen<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vermittlung/ Kontaktauf-<br>nahme mit SH-Gruppe<br><br><input type="checkbox"/> Infomaterial überreichen/<br>zusenden | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Beratungs-<br>stellen/Ehrenamtliche<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vermittlung/ Kontaktauf-<br>nahme mit SH-Gruppe<br><br><input type="checkbox"/> Infomaterial überreichen/<br>zusenden | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Betreuung/Vollmacht<br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit<br>entsprechender Institution<br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

## Datenschutzhinweis und Einwilligungserklärung zum individuellen Versorgungsplan

Falls Sie gesetzlich pflegeversichert sind, haben Sie einen Anspruch auf eine Pflegeberatung. Diese umfasst die Ermittlung und Analyse Ihres Hilfebedarfs, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans sowie die Unterstützung bei der Genehmigung und bei der Überwachung der durchgeführten Maßnahmen. Damit Sie sachgemäß beraten und die Aufgaben rechtmäßig erfüllt werden können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Insbesondere ist es wichtig, dass Sie uns alle für die vorgenannten Zwecke relevanten Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren persönlichen und sächlichen Lebensverhältnissen mitteilen. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund von § 7a SGB XI zu erheben. Eine fehlende Mitwirkung könnte ggf. zu Nachteilen führen.

Ihre Pflegeberaterin/ Ihr Pflegeberater nimmt durch die Pflegeberatung eine aktive Rolle ein und unterstützt Sie, damit Ihre pflegerische Versorgung reibungslos funktionieren kann. Hierzu kann es im Einzelfall notwendig sein, die erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dies kann im Rahmen der Unterstützung durch den Pflegeberater/die Pflegeberaterin bei der Beantragung von weiteren Sozialleistungen der Fall sein, falls ein anderer Leistungsträger für die Genehmigung zuständig ist; oder Absprachen mit Leistungserbringern betreffen, die Ihrer optimalen Versorgung dienen (z. B. Apothekenservice oder Essen auf Rädern). Bei der Übermittlung der Daten wird strikt darauf geachtet, nur die tatsächlich für den konkreten Zweck erforderlichen Daten zu übermitteln.

**Mit Ihrer Unterschrift auf dem Versorgungsplan bestätigen Sie, dass Sie mit der erforderlichen Datenerhebung und Datenübermittlung einverstanden sowie über die Inhalte und Zielsetzungen der Versorgungsplanung umfassend informiert und beraten worden sind. Sollte es zukünftig zu wesentlichen Änderungen des Versorgungsplanes kommen, werden diese mit Ihnen abgestimmt. Ihnen ist bekannt, dass Sie der Durchführung der Maßnahmen jederzeit für die Zukunft widersprechen können. In diesem Fall kann die Pflegeberatung nicht mehr im bisherigen Umfang und mit der bisherigen Qualität durchgeführt werden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Name, Vorname des Betroffenen, Ratsuchenden, Versicherten KV-Nr. Datum  
(falls vorhanden)

**- Individueller Versorgungsplan (Teil II) -**

**Anstehende Termine des Versicherten / Notizen**

**Die Versorgungsplanung wurde gemeinsam mit der/dem Versicherten bzw. deren/ dessen Betreuer/in erstellt. Im Vorfeld dazu fand eine Beratung rund um die Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeberaterin/ den Pflegeberater statt. Die Entscheidung hinsichtlich zu nutzender Leistungen oder zur Inanspruchnahme und Auswahl von Leistungsanbietern wurde allein durch den Versicherten bzw. dessen Betreuer/in getroffen!**

\_\_\_\_\_  
Datum Erstellung des VP

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r bzw. Betreuer/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeberater/in

\_\_\_\_\_  
1. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
5. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
9. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
2. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
6. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
10. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
3. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
7. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
11. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
4. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
8. Wiedervorlagetermin

\_\_\_\_\_  
12. Wiedervorlagetermin

**Anlagen**