



Katja Biemer-Wilhelm

Diplom-Sozialarbeiterin (FH)

Beratung für behinderte Menschen

Zusatzskript zur Präsentation

**Das Persönliche Budget in
Verbindung mit dem
Arbeitgebermodell anhand des
Fallbeispiels Frau A.**

Fallschilderung Frau A.

Frau A. ist zum Zeitpunkt unseres Kennenlernens 20 Jahre alt. Sie hat ein Down-Syndrom. Ihre Eltern sind ihre gesetzlichen Betreuer. Sie hat zwei ältere nichtbehinderte Brüder, die aber bereits von zu Hause ausgezogen sind. Die Familie von Frau A. hat einen großen Freundes- und Bekanntenkreis.

Frau A. ist in die Pflegeversicherung eingestuft und erhält Pflegegeld. (Bis Ende 2016 Pflegestufe I, jetzt Pflegegrad 2)

Frau A. malt und zeichnet sehr gerne und gut und hat außerdem Freude am Sortieren und Ordnen von Dingen und am Verfassen einfacher Schriftstücke.

Als wir uns kennen lernen absolviert sie gerade ein Praktikum an einer Kunstschule, wo sie im Sekretariat, Papiere u. ä. ordnet und nichtbehinderten Lehrkräfte beim Halten von Kunstkursen unterstützend zur Seite steht. Vor dem Praktikum hat sie eine Integrationsklasse an einer Grund- und Hauptschule ihres Wohnortes besucht. Einen „normalen“ Bildungsabschluss hat Frau A. nicht.

Frau A. sucht zusammen mit ihren Eltern den Kontakt zu mir, um sich über berufliche Möglichkeiten, Perspektiven und Hilfen zu informieren. In einer Werkstatt für behinderte Menschen zu arbeiten, wie ihr von verschiedenen Sachbearbeitern der Agentur für Arbeit immer wieder vorgeschlagen wurde, kommt für sie auf keinen Fall in Frage. Sie hat sich zusammen mit ihren Eltern mehrere Werkstätten angeschaut, fühlte sich dort absolut nicht wohl und beschloss, dass das nicht das Richtige für sie ist.

Außerdem möchte Frau A. auch im privaten Bereich (Wohnen, Freizeitgestaltung usw.) unabhängiger von ihren Eltern werden, was auch den Eltern entgegenkommt.

Im Haus der Eltern ist im Obergeschoss eine Wohnung frei. Sie wurde bisher von Frau A's Oma bewohnt, die vor einigen Monaten verstarb.



Katja Biemer-Wilhelm
Diplom-Sozialarbeiterin (FH)
Beratung für behinderte Menschen

Vertrag

zwischen

Name und Anschrift des Klienten: Frau A., Musterstraße 3, XXXXX Musterstadt
und

Beratung für behinderte Menschen Katja Biemer, Postfach 30 48, 88216 Weingarten.

Vertragsgegenstand/Vertragsinhalt:

Beratung und Begleitung im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget:

- Beratung im Vorfeld der Beantragung
- Unterstützung bei der Feststellung (Bewusstmachen, Strukturieren) des Hilfebedarfs
- Hilfe bei der Antragstellung
- Begleitung während der Antragsbearbeitung durch den Kostenträger (Gutachten, Zielvereinbarung usw.)
- Unterstützung bei der Zusammenstellung und der evt. Anpassung des Hilfesystems nach Budgetbewilligung
- Begleitung bei der Überprüfung des Budgets

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Klient)

(Unterschrift/Firmenstempel Katja Biemer-Wilhelm)

Beispiel für einen formlosen Antrag

Eltern von Frau A.
Musterstraße 3
XXXXX Musterstadt

Musterstadt, 15.11.2013

Landratsamt Y
Eingliederungshilfe
Herrn P. Budget
Entenhausenerstraße 5

YYYYY Entenhausen

Agentur für Arbeit
Rehabilitationsberatung schwerbehinderte Menschen
Abteilungsleiter Herrn N. Mayer
Hoffnungstr. 20

YYYYY Entenhausen

Antrag auf ein Persönliches Budget für eine Arbeitsassistenz im Rahmen einer Ausbildung und für ein Persönliches Budget innerhalb der Eingliederungshilfe

Sehr geehrter Herr Budget, sehr geehrter Herr Mayer,

hiermit beantragen wir (ab heute) für unsere Tochter Frau A. ein Persönliches Budget in den oben genannten Bereichen.

Unsere Tochter leidet an einem Down-Syndrom. Sie ist zu 100 % schwerbehindert und erhält Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegestufe I, - seit 2017 Pflegegrad 2 - Pflegegeld).

Sie ist 20 Jahre alt und hat ihre Schullaufbahn ohne Bildungsabschluss beendet. Eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen, was uns als einzige berufliche Perspektive von mehreren Sachbearbeitern der Agentur für Arbeit vorgeschlagen wurde, kommt für sie nicht in Frage. Wir haben uns zusammen mit unserer Tochter mehrere Werkstätten angeschaut und unsere Tochter fühlte sich dort überhaupt nicht wohl.

Wie wir Ihnen Herr Mayer in unserem Telefonat vor einigen Tagen bereits mitgeteilt haben, absolviert unsere Tochter derzeit ein Praktikum an einer Kunstschule in Musterstadt. Im Rahmen dieses Praktikums arbeitet sie einerseits im Sekretariat, wo sie z. B. mit Unterstützung des dortigen Personals einfache Schriftstücke verfasst, Papiere sortiert usw. Andererseits hilft unsere Tochter, die selbst sehr gerne und gut malt und zeichnet, den Lehrkräften der Kunstschule beim Halten von Kunstkursen.

Die Kunstschule wäre bereit unsere Tochter auszubilden, kann aber die Unterstützung, die dabei nötig ist, sowohl personell als auch finanziell nicht selbst leisten. Deshalb beantragen wir hiermit ein Persönliches Budget für eine Arbeitsassistenz im Rahmen einer Ausbildung an der Kunstschule. Wir haben dafür schon eine unseres Erachtens geeignete Person im Auge, die wir nach Budgetbewilligung innerhalb des Arbeitgebermodells anstellen würden.

Außerdem möchte unsere Tochter unabhängiger von uns und selbstständiger in ihrer täglichen Lebensführung werden. Dieser altersentsprechende Wunsch kommt uns sehr entgegen, da wir bei der alltäglichen Versorgung unserer Tochter dringend Entlastung benötigen.

Unsere Tochter, die in eine leerstehende Wohnung im Obergeschoss unseres Hauses einziehen möchte, benötigt Hilfe bei der Haushaltsführung, wie z. B. beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen und pflegen, reinigen der Wohnung usw. Dabei muss ihr Bewusstsein für gesunde Ernährung und sinnvolles Essverhalten sensibilisiert werden. Darüber hinaus möchte sie sicherer werden im Umgang mit Geld. Sie hat großes Interesse an Handarbeiten wie stricken und nähen und möchte diese erlernen. Auch das Backen von Kuchen und Keksen möchte sie trainieren, damit sie ihre Familie bei Feierlichkeiten mit Leckereien verwöhnen kann. Diese Tätigkeiten sollen neben dem Malen und zeichnen u. a. ihre (Fein)motorik und Kreativität fördern und ihr Selbstbewusstsein stärken. Durch regelmäßige Schwimmbadbesuche soll ihre körperliche Aktivität intensiviert werden. Außerdem soll dabei, genauso wie bei gelegentlichen Kino- oder Veranstaltungsbesuchen, die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel trainiert werden, damit unsere Tochter auch im Umgang damit Sicherheit gewinnt.

Hierfür beantragen wir ein Persönliches Budget im Rahmen der Eingliederungshilfe. Die Einkommens- und Vermögensverhältnisse können Sie dem beigefügten Sozialhilfeantrag entnehmen. Bezüglich der praktischen Umsetzung der oben genannten Hilfen haben wir im Interesse unserer Tochter individuelle Vorstellungen über die wir uns gerne näher mit Ihnen unterhalten würden.

Wie Sie dem Briefkopf entnehmen können liegt dieser Antrag sowohl Ihnen, als auch der Agentur für Arbeit vor.

Wir freuen uns auf baldige positive Nachricht und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

(Unterschriften Eltern Frau A.)

Anlagen

III. Mustervordrucke

1. Muster-Antragsformular für Leistungen durch ein trägerübergreifendes Persönliches Budget

Antrag auf Leistungen durch ein Persönliches Budget

(Original bei Beauftragtem, Kopien an beteiligte Leistungsträger und an Antrag stellende Person)

1. Antrag aufnehmende Stelle und Person

Erste Beratung am: _____ ☐ Folgeberatung am: _____

Falls notwendig, Unterstützung vorhanden?

☐ ja, durch _____

☐ nein

Einbeziehung weiterer Personen (z. B. rechtlicher Betreuer, Bezugspersonen, behandelnder Arzt): _____

2. Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ evtl. Telefon/Fax/E-Mail: _____

Kreditinstitut (Name, Ort): _____ Bankleitzahl: _____ Kontonummer: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich Rentenversicherungs-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Krankenversicherten-Nr.: _____

Pflegestufe: _____ Kundennummer Agentur für Arbeit: _____

Anerkennung nach dem BVG: ☐ ja ☐ nein Hilfebedarfsgruppe: _____

MdE/GdB: _____ Gleichstellung: ☐ ja ☐ nein

**3. Beantragte Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen
(möglichst mit Angaben zu Art, Umfang und Form der Ausführung):**

☐ Medizinische Rehabilitation

☐ Teilhabe am Arbeitsleben

☐ Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

☐ Ergänzende Leistungen

☐ Leistungen zur Pflege

☐ Weitere Leistungen

67

4. Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner:

- ☐ Krankenkasse _____
- ☐ Bundesagentur für Arbeit _____
- ☐ Unfallversicherung _____
- ☐ Rentenversicherung _____
- ☐ Kriegsopferversorgung _____
- ☐ Kriegsopferfürsorge _____
- ☐ Öffentliche Jugendhilfe _____
- ☐ Sozialhilfe _____
- ☐ Pflegekasse _____
- ☐ Integrationsamt _____

5. Bereits vorliegende Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide mit Angaben zum Leistungsträger, zur betreffenden Leistung und zum Datum des Bescheides und Untersuchungsbefunde und -berichte (möglichst Kopien beifügen):

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

6. Hinweis:

- ☐ Hinweise der Antrag stellenden Person z. B. in Bezug auf ihr Wunsch- und Wahlrecht, auf die Form der Leistungsbeschaffung, zu Leistungen in Geld oder durch Gutscheine, zu weiteren Leistungen als Sachleistung bzw. einmaligen oder regelmäßigen Geldleistungen

7. Einverständniserklärung / Widerspruchsrecht:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Bewilligung und Vergabe eines Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX i.V.m. der Budgetverordnung an mich erforderlicherweise erhoben werden, zu diesem Zweck an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben z. B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger auch für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§§ 69 Abs. 1, Nr. 1, 76 Abs. 2 SGB X); ich dem widersprechen kann; ein Widerspruch zur Versagung oder Entziehung der beantragten Leistung führen kann, nachdem ich auf diese Frage schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/
des rechtlichen Vertreters

8. Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/
des rechtlichen Vertreters

9. Bestätigung der Antragsaufnahme:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Antrag aufnehmenden Person

10. Ergebnis/Wiedervorlage:

☐ Antragsaufnahme am: _____ Weiterleitung des Antrages an: _____

☐ Verlauf der Beratung/Ergebnis : _____

☐ Stellungnahmen einholen von: _____

☐ Voraussichtliche Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens:

☐ vereinfachtes Verfahren

☐ ausführliches Verfahren, weil _____

☐ Wiedervorlage/Weiteres Procedere _____

69

Dokumentation für die Hilfeplanung/Teil 3

für:

geb.:

HMB-W- Erhebungsbogen nach Dr. Metzler® (Version 3/1999)

Aktivitätsprofil			Bereich / Aktivität	Hilfebedarfsprofil				
kann	kann mit Schwierigkeiten	kann nicht		Keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Motivation, Aufforderung, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Zielgerichtete Förderung	nicht anwendbar
A	B	C		A	B	C	D	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Individuelle Basisversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1 Ernährung: Auswahl von Art und Menge der Nahrung, Essen und Trinken, Zerkleinern der Nahrung/z.B. Fleisch schneiden) usw.	0	4	6	8	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2 Körperpflege: Ganz- oder Teilwaschung, Morgen- und Abendtoilette (außer Baden/Duschen)	0	4	6	8	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3 Toilettenbenutzung/pers. Hygiene: Aufsuchen d. Toilette, sachgerechte Benutzung, Umgang mit Inkontinenz, Umgang mit Menstruation	0	4	6	8	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4 Aufstehen/zu Bett gehen: Grundfertigkeiten der Mobilität (körperliche Fähigkeiten), motivationale Aspekte	0	2	3	4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 Baden/Duschen: Eigenständige Benutzung der Dusche oder Badewanne (körperliche Fähigkeiten, ggf. Aufsichtsbedarf, motivationale Aspekte)	0	2	3	4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.6 Anziehen/Ausziehen: Auswahl von Kleidung, körperliche Fähigkeiten, sich an- oder ausziehen (Grob- und Feinmotorik)	0	2	3	4	
			Punktzahl					

Entnommen aus einer Veröffentlichung des KVJS:
Anleitung und Hinweise zur Erstellung einer Dokumentation für
die Hilfeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auf dem Formblatt HMB/A, Stand November 2009,
S. 28-30.

©Dr. Heidem Metzler, Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“, Universität Tübingen, Naukarstr. 37a 72074 Tübingen

Download unter: www.kvjs.de/Readmin/dateien/soziales-mitglieder/rundschr/2010/rs-02-2010--an/2.pdf

A	B	C	2. Alltägliche Lebensführung	A 0	B 2	C 3	D 4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1 Einkaufen: Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs einkaufen (Geschäfte aufsuchen, auswählen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.2 Zubereitung v. Zwischenmahlzeiten: Übliche Wege der Zubereitung von Zwischenmahlzeiten und Getränken, einschl. Frühstück und Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.3 Zubereitung v. Hauptmahlzeiten: Übliche Wege der Zubereitung von warmen Hauptmahlzeiten, einschl. der Benutzung von Geräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.4 Wäschepflege: Persönliche Wäsche waschen, flicken, aus- und einsortieren, einschl. Benutzung von Geräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 Ordnung im eigenen Bereich: Aufräumen, Zimmer reinigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.6 Geld verwalten: Kenntnis des Geldwertes, Einteilung des Geldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.7 Umgang mit Banken, Behörden, etc: Stellen von Anträgen, Ausfüllen von Formularen, Beantwortung von Schriftstücken etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Punktzahl					

A	B	C	3. Gestaltung sozialer Beziehungen	A 0	B 4	C 6	D 8	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.1 Im unmittelbaren Nahbereich: Beziehungen zu Mitbewohnern/Nachbarn, Regelung von Konflikten, Vermeidung von Isolation, Einhalten von Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.2 zu Angehörigen: Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3 in Freundschaften: Aufbau und Aufrechterhaltung stabiler sozialer Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.4 in Partnerschaften:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Punktzahl					

A	B	C	4. Freizeitgestaltung	A 0	B 2	C 3	D 4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1. Eigenbeschäftigung: (persönliche) sinnvolle Nutzung freier Zeit, Einteilung der Zeit, Ausführen von Hobbies, Entwicklung persönlicher Vorlieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2 Teilnahme an Angeboten/ Veranstaltungen: Informationen über Angebote, aktives Aufsuchen von Angeboten, Auswahl von Angeboten (einschl. der dazu erforderlichen Mobilität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3 Begegnung mit sozialen Gruppen/fremden Personen: Sich zurechtfinden in fremden Gruppen, adäquates soziales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Punktzahl					

A	B	C	5. Kommunikation	A 0	B 4	C 6	D 8	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.1 Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen: Nutzung von Hilfsmitteln wie Langstock, Hörgerät, PC etc., Aneignung und Gebrauch von Gebärdensprache oder anderen Kommunikationswegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2 allgemeine Kommunikation: Sprachverständnis, sprachliche Ausdrucksfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3 Orientierung in vertrauter Umgebung: räumlich, zeitlich, zur eigenen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4 Orientierung in fremder Umgebung: räumlich, zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Punktzahl					

A	B	C	6. Psychische Hilfen	A	B	C	D	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1 Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen: (bei Jugendlichen auch erhebliche Pubertätsstörungen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2 Bewältigung negativer Symptome: Antriebsstörungen, Interesselosigkeit, Apathie, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.3 Bewältigung akuter paranoider und affektiver Symptomatik:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4 Bewältigung erheblich selbst- und fremdgefährdender Verhaltensweisen:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
			Punktzahl					

A	B	C	7. Medizinische Hilfen	A 0	B 2	C 3	D 4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1 Erfordernisse der Behandlungspflege: Dekubitusprophylaxe, Bedienung von Beatmungsgeräten, pflegerische Erfordernisse bei Sondenernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.2 Medikamenteneinnahme: Bereitstellung, Dosierung, auch Insulingabe/ Diabeteskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.3 Absprache und Durchführung von Arztterminen: Arztwahl, Terminvereinbarung, Aufsuchen der Praxis etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.4 Gesundheitsfördernder Lebensstil: Kenntnisse über gesunde Ernährung, körperliches Training/Bewegung, Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Punktzahl					
Gesamtpunktzahl								

Hilfebedarfsgruppe:

- bis 36 Punkte ☐ Gruppe 1
 37 - 72 Punkte ☐ Gruppe 2
 73 - 108 Punkte ☐ Gruppe 3
 109 - 144 Punkte ☐ Gruppe 4
 145 - 180 Punkte ☐ Gruppe 5

Musterdokumentationsbogen für erbrachte Hilfeleistungen

Datum	Art der erbrachten Hilfeleistung (evt. bildhafte Symbole)	Zeit in Stunden	Unterschrift des Hilfeleistenden	Unterschrift/Kürzel des Klienten

Hinweise:

- **Für Fehler wird keine Haftung übernommen.**
- **Die Vervielfältigung und Verwendung dieses Skriptes durch Dritte ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Autorin erlaubt.**