

---

SH-Träger

---

AZ

## Formblatt HB/A

---

Ort, Datum

Zur Vorlage beim

Träger der Sozialhilfe

Schulamt

### Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII

Persönliche Angaben (vom/von der Antragsteller/in bzw. gesetzlichen Vertreter/in selbst auszufüllen)

---

Zuname, Vorname, Geburtsdatum

---

Wohnort, Straße, Kreis ggf. Telefon-Nummer

---

Letzter Beruf/Tätigkeit

Behandelnde/r Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten bzw. bei bestehendem Betreuungsverhältnis des Betreuers  
(ggf. Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)

## Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII und zur Hilfeplanung benötigt.

Das Ergebnis des Verfahrens zur Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen mit Behinderung (HMB-W-Verfahren) ist Bestandteil der Dokumentation.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können.

Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 – 67 SGB I).

## Einwilligungserklärung

### Einholung von Auskünften/Untersuchung

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind, nämlich

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch das Gesundheitsamt, durch ein neurologisch/psychiatrisches Fachkrankenhaus/durch den Medizinisch-Pädagogischen Fachdienst Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Hilfebedarf erhoben und im Formblatt Hb dokumentiert werden.

Ja  Nein

### Übermittlung von Daten an den Träger der Sozialhilfe/das Schulamt

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Sozialleistungsträger übermittelt werden. Sofern zur Erfüllung einer Sonderschulpflicht Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden, bin ich damit einverstanden, dass die Daten zur gesundheitlichen Situation und zur Behinderung sowie ggf. die Angabe der zutreffenden Hilfebedarfsgruppe in Heimsonderschulen dem zuständigen Schulamt übermittelt werden, da dieses über die Sonderschulpflicht bzw. über die Notwendigkeit einer Heimaufnahme schulrechtlich entscheidet.

Ja  Nein

### Weitergabe von Daten an andere Dritte (s. Text)

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger, an das Schulamt und an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Fachdienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales) weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des SGB X).

Ja  Nein

### Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen (siehe oben)!

Ja  Nein

---

Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. gesetzl. Vertreters/in

---

Gesundheitsamt, Krankenhaus

---

Name des/der ausfüllenden Arztes/Ärztin und Telefon-Durchwahl-Nummer

## Formblatt HB/A - Teil I

### Ärztliche Beurteilung der gesundheitlichen Situation/Behinderung

für

---

Zuname/Vorname

---

Geburtsdatum

- erstellt aufgrund eigener Untersuchung am \_\_\_\_\_
- erstellt nach Aktenlage

unter Berücksichtigung folgender Unterlagen:

Erstellt unter Mitwirkung/Beteiligung

- von Angehörigen \_\_\_\_\_
- der/des gesetzlichen Betreuerin/Betreuers \_\_\_\_\_
- des Sozialdienstes \_\_\_\_\_
- einer/eines Mitarbeiterin/Mitarbeiters einer Einrichtung/eines Dienstes \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- von \_\_\_\_\_

## 1.1 Vorgeschichte

Insbesondere

- Beginn der Erkrankung, bisheriger Verlauf, ursächliche Faktoren, durchgeführte Behandlungen
- aktuelle Betreuungssituation (ggf. auch Beschreibung der familiären oder sozialen Situation)
- Art und Dauer der bisherigen Ausbildung, bei Kindern und Jugendlichen ggf. vorschulische bzw. schulische Entwicklung und Förderung (bei Bedarf bitte Beiblatt verwenden).

## **1.2 Befunde und Diagnosen**

### **1.2.1 Wesentliche diagnosebegründende Befunde**

Im Bereich des Nervensystems, des Bewegungsapparats, der inneren Organe und der Haut. Bewegungs- und körperliche Leistungsfähigkeit

Im Bereich der Sinnesfunktionen und der Sprache bzw. der Kommunikations- und Orientierungsfähigkeit

Psychischer Befund

(Inklusive geistige/kognitive Fähigkeiten, Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Gedächtnisfunktion)

## 1.2.2 Medizinische Diagnosen (nach ICD 10)

## 1.3 Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe (nach ICF)

### Bewertungs-Kategorien

**A:** keine Beeinträchtigung, Ausführung selbständig

**B:** Beeinträchtigung vorhanden, Ausführung / Teilhabe bei Nutzung von Hilfsmitteln

**C:** Beeinträchtigung vorhanden, Ausführung / Teilhabe mit personeller Hilfe / Unterstützung

**D:** Beeinträchtigung vorhanden, Ausführung nicht möglich / keine Teilhabe

**E:** nicht anwendbar

### d1 Lernen und Wissensanwendung

Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen über sinnliche Wahrnehmung, elementares Lernen, Wissensanwendung.

**A**       **B**       **C**       **D**       **E**

### d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Aspekte der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, die Organisation von Routinen und der Umgang mit Stress

**A**       **B**       **C**       **D**       **E**

### d3 Kommunikation

Allgemeine und spezifische Merkmale der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen, einschließlich des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und Kommunikationstechniken - Kommunizieren als Sender und Empfänger.

**A**       **B**       **C**       **D**       **E**

#### **d4 Mobilität**

Die eigene Bewegung durch Änderung der Körperposition oder –lage von einem Platz zum anderen, die Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, die Fortbewegung durch gehen, rennen, klettern oder steigen, sowie der Gebrauch verschiedener Transport- und Verkehrsmittel.

A                       B                       C                       D                       E

#### **d5 Selbstversorgung**

Die eigene Versorgung, das Waschen, Abtrocknen und die Pflege des eigenen Körpers, das An- und Ablegen von Kleidung, das Essen und Trinken und die Sorge für die eigene Gesundheit

A                       B                       C                       D                       E

#### **d6 Häusliches Leben**

Die Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handlungen und Aufgaben. Die Bereiche des häuslichen Lebens umfassen die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere.

A                       B                       C                       D                       E

#### **d7 Interpersonelle Interaktion und Beziehung**

Die Ausführung von Handlungen, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen – Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Liebespartnern – in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind.

A                       B                       C                       D                       E

#### **d8 Bedeutende Lebensbereiche**

Die Ausführung von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung, Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind – informelle Bildung, Erwerbstätigkeit, bezahlte Arbeit und wirtschaftliches Leben.

A                       B                       C                       D                       E

#### **d9 Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben**

Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung an einem organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind – Gemeinschaftsleben, Erholung, Freizeit, Religion, Menschenrechte und politisches Leben.

A                       B                       C                       D                       E

Es liegen folgende förderliche Kontextfaktoren vor:

Es liegen folgende hemmende Kontextfaktoren vor:

## 1.4. Behinderung

### 1.4.1 Es liegt keine Behinderung i. S. des SGB IX/XII vor

Keine oder eine nur vorübergehende Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand oder keine oder nur vorübergehende Beeinträchtigung der Teilhabe

### 1.4.2 Es liegt/liegen folgende **Behinderung/en vor** (siehe Anleitung)

#### **A Körperliche Behinderung**, darunter

- A.1  mit eigener Fortbewegungsfähigkeit
- A.2  Fortbewegung nur mit personeller Hilfe möglich
- A.3  ohne eigene Fortbewegungsmöglichkeit

#### **B Sinnes- oder Sprachbehinderung**, darunter

- B.1  Sehbehinderung
- B.2  Blindheit
- B.3  Schwerhörigkeit
- B.4  Gehörlosigkeit
- B.5  Sprachbehinderung

#### **C Geistige Behinderung**

Mit Einschränkung der selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung

#### **D Seelische Behinderung**, darunter

- D.1  chronische psychische Erkrankung/Störung
- D.2  Abhängigkeitskranke/Suchtkranke

#### **E Epilepsie** (siehe Anleitung)

- E.1
- E.2
- E.3
- E.4
- E.5
- E.6

#### **F Schwerwiegend selbst- und fremdgefährdendes Verhalten**

### 1.4.3 Art und Dauer der Behinderung (siehe Anleitung)

- Es liegt eine **wesentliche** Behinderung i. S. des § 53 Abs.1 Satz1 SGB XII i.V. mit § 2(1) SGB IX, bzw. eine **drohende wesentliche** Behinderung i. S. v. § 53 Abs. 2 i. V. m. § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII vor.
- Es liegt eine **andere** Behinderung i. S. v. § 53 Abs.1 Satz 2 SGB XII vor.

Bemerkungen/ Erläuterungen:

### 1.4.4 Geht die Krankheit/Behinderung auf einen Unfall zurück (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft), oder ist sie die Folge einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung, eines Impfschadens, eines Behandlungsfehlers oder einer Gewalttat?

## 1.5 Hilfebedarf bei Schüler/innen in Heimsonderschulen

Aufgrund der vorhandenen Behinderung/en erfolgt die Zuordnung zu:  
(siehe Anleitung)

	HS Sprache	HS Sehbeh.	HS Hörbeh.	HS Körp.	HS Gb.
Hilfebedarfsgruppe 1	<input type="checkbox"/>				
Hilfebedarfsgruppe 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei dem Besuch von Heimsonderschulen ist eine Erhebung des Hilfebedarfes mit dem HMB-W-Erhebungsbogen nicht erforderlich.**

## 1.6 Pflegebedürftigkeit

### 1.6.1 Eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 Abs. 1 SGB XI ist erfolgt:

- nicht bekannt
- Nein
- Ja, am \_\_\_\_\_ durch  den MDK/  das Gesundheitsamt  
beantragt am \_\_\_\_\_ beim  MDK

Dabei wurde festgestellt:

- Pflegebedürftigkeit nach Stufe \_\_\_\_\_
- Pflegebedürftigkeit unter Pflegestufe I

**1.6.2 Aufgrund der unter Nr. 1.2 und Nr. 1.3 beschriebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderung sollte eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit erfolgen**

- ja
- nein

## **1.7 Maßnahmen anderer Rehabilitationsträger**

**1.7.1 Wurden Maßnahmen anderer Rehabilitationsträger beantragt oder in Anspruch genommen?**

- nicht bekannt
- Nein
- Ja, und zwar Rehabilitationsleistungen der
  - Krankenkasse
  - Bundesagentur für Arbeit
  - Unfallversicherung
  - Rentenversicherung
  - Kriegsopferfürsorge
  - Jugendhilfe

**1.7.2 Nur bei psychisch kranken Menschen zu beantworten:**

**Wurde eine RPK-Maßnahme oder Soziotherapie beantragt oder durchgeführt?**

# 1.8 Ergänzende Angaben

---

Datum/Unterschrift/Stempel

Arzt/Ärztin

---

SH-Träger

---

AZ

## Dokumentation für die Hilfeplanung Teil II

### Hilfebedarf/Förderung

---

Dienst

---

Mitarbeiter/in

---

Telefon

für

---

Zuname/Vorname

---

Geburtsdatum

- Erstellt aufgrund eigener Befragung am \_\_\_\_\_ und unter Berücksichtigung folgender Unterlagen:

Erstellt unter Mitwirkung

- der/des Hilfesuchenden
- von Angehörigen \_\_\_\_\_
- der/des gesetzlichen Betreuerin/Betreuers \_\_\_\_\_
- des Sozialdienstes \_\_\_\_\_
- einer/eines Mitarbeiterin/Mitarbeiters einer Einrichtung \_\_\_\_\_
- von \_\_\_\_\_

### 2.1 Festgestellte Behinderung

entspr. Formblatt HB Teil 1 oder vorliegender ärztlicher Befundberichte

## **2.2 Darstellung der derzeitigen Situation**

**2.2.1 Beschreibung der derzeitigen Lebenssituation/vorhandener Ressourcen (Soziales Umfeld, mögliche Unterstützung, Wohnen, Tagesstruktur)**

**2.2.2 Beschreibung der Fähigkeiten/Schwierigkeiten und der bisher in Anspruch genommenen professionellen Hilfen**

## **2.3 Zielsetzung**

**2.3.1 Wünsche und Vorstellungen des Hilfesuchenden**

**2.3.2 Beschreibung der individuellen Förderziele (kurz-, mittel-, langfristig)**

## 2.4 Aktivitäts- und Hilfebedarfsprofil, Zusammenfassung<sup>©</sup>

Nach dem beim Gutachter vorliegenden HMB-W Erhebungsbogen (Version 1999/3) ergibt sich folgendes zusammen gefasste Aktivitäts- und Hilfebedarfsprofil

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
A	B	C		A	B	C	D
			<b>1. Individuelle Basisversorgung</b> Überwiegende Stufe (Kategorie)				
			Punktzahl				
			<b>2. Alltägliche Lebensführung</b> Überwiegende Stufe (Kategorie)				
			Punktzahl				
			<b>3. Gestaltung sozialer Beziehungen</b> Überwiegende Stufe (Kategorie)				
			Punktzahl				
			<b>4. Freizeitgestaltung</b> Überwiegende Stufe (Kategorie)				
			Punktzahl				
			<b>5. Kommunikation</b> Überwiegende Stufe (Kategorie)				
			Punktzahl				
			<b>6. Psychische Hilfen</b> Überwiegende Stufe (Kategorie)				
			Punktzahl				
			<b>7. Medizinische Hilfen</b> Überwiegende Stufe (Kategorie)				
			Punktzahl				
			<b>Gesamtpunktzahl</b>				

### 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

# Anmerkungen und Besonderheiten

## 2.5 Empfohlene Maßnahmen

### 2.5.1 Ambulante Maßnahmen

- in Kindergärten/allgemeinen Schulen
  - für volljährige behinderte Menschen in Familienpflegestellen/Betreutes Wohnen in Familien (BWF)
  - für volljährige behinderte Menschen und Suchtkranke in fachlich betreuten ambulanten Wohnformen
  - ambulantes Trainingswohnen
  - Sonstige ambulante Eingliederungshilfe (z.B. heilpädagogische Förderung, Hilfsmittelversorgung, Hochschulausbildung, Anpassung der Wohnsituation)  
Welche?
- 

### 2.5.2 Teilstationäre Maßnahmen

- im (Schul) Kindergarten tagsüber
- in der Sonderschule tagsüber
- im Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen
- im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen
- in einer Förder- und Betreuungsgruppe
- als Tagesstrukturierung für Senioren

### 2.5.3 Stationäre Maßnahme in einer Heimsonderschule

- \_\_\_\_\_ (LT I.3.1 – I.3.5)

### 2.5.4 Stationäre Maßnahmen

**Stationäre Maßnahme (Wohnen ohne tagesstrukturierendes Angebot im Sinne der Ziffer I.4 des Rahmenvertrages nach § 79 Abs. 1 SGB XII für Baden-Württemberg) für**

- geistig und/ oder mehrfachbehinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (LT I.1.1)
- körperbehinderte, sinnesbehinderte und/ oder mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (LT I.1.2)

zusätzlich:

**Tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit Behinderung**

- Im (Schul-)kindergarten (LT I.4.1)
- In der (Sonder-)schule (LT I.4.2)
- Sonstige Tagesbetreuung für Kinder (LT I.4.3)

**Stationäre Maßnahme (Wohnen ohne tagesstrukturierendes Angebot im Sinne der Ziffer I.4) für**

- geistig und/ oder mehrfach behinderte Erwachsene (LT I.2.1)
- körperbehinderte, sinnesbehinderte und/oder mehrfachbehinderte Erwachsene (LT I.2.2)
- seelisch behinderte Erwachsene (LT I.2.3)

zusätzlich:

**Tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit Behinderung**

- im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (LT I.4.4)
- in einer Förder- und Betreuungsgruppe für geistig und körperlich behinderte Menschen (LT I.4.5a)
- als Tagesstrukturierung für psychisch behinderte Menschen (LT I.4.5b)
- als Tagesstrukturierung für Senioren (LT I.4.6)
  
- Kurzzeitunterbringung**
- in Einrichtungen mit tagesstrukturierendem Angebot (LT I.5.1)
- in Einrichtungen ohne tagesstrukturierendes Angebot (LT I.5.2)
  
- stationäres Trainingswohnen** (LT I.6)

**Sonstige Maßnahmen/Leistungen:**

## 2.6 Notwendige Fahrten

(bei ambulanten und teilstationären Maßnahmen)

- Öffentliche Verkehrsmittel können benutzt werden
- Erreicht Einrichtung selbstständig
- Öffentliche Verkehrsmittel können nicht benutzt werden
- Benötigt Begleitperson

Begründung, weshalb öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden können.

## 2.7 Erläuterung der vorgeschlagenen Maßnahmen

### 2.7.1 Kurze Stellungnahme zur Notwendigkeit der empfohlenen Hilfen.

Bei stationären Hilfen ist zu begründen, weshalb offene Hilfeformen nicht ausreichend sind.

### 2.7.2 Welcher Leistungserbringer/Dienst, welche Einrichtung wird als geeignet angesehen?

## **2.8 Voraussichtlicher Beginn und Dauer der Maßnahmen**

## **2.9 Empfohlener Überprüfungszeitraum**

## **2.10 Ergänzende Angaben**

## Dokumentation für die Hilfeplanung Teil III

### Erhebungsbogen nach Dr. Metzler<sup>®</sup> (Version 3/99)

Zusammengefasste Ergebnisse (überwiegende Aktivitäts- und Hilfebedarfsstufe sowie jeweilige Punktzahlen, Gesamtpunktzahlen und zutreffende Hilfebedarfsgruppe in das Formblatt Hb übertragen.

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

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

A	B	C	3. Gestaltung sozialer Beziehungen	A	B	C	D
			<b>3.1 im unmittelbaren Nahbereich:</b> Beziehungen zu Mitbewohnern/Nachbarn, Regelung von Konflikten, Vermeidung von Isolation, Einhalten von Absprachen				
			<b>3.2 zu Angehörigen:</b> Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten				
			<b>3.3 in Freundschaften:</b> Aufbau und Aufrechterhaltung stabiler sozialer Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten				
			<b>3.4 in Partnerschaften:</b>				
			← Überwiegende Stufe (Kategorie) →				
			<b>Punktzahl</b>				

A	B	C	4. Freizeitgestaltung	A	B	C	D
			<b>4.1 Eigenbeschäftigung:</b> (persönliche) sinnvolle Nutzung freier Zeit, Einteilung der Zeit, Ausführen von Hobbys, Entwicklung persönlicher Vorlieben				
			<b>4.2 Teilnahme an Angeboten/ Veranstaltungen:</b> Informationen über Angebote, aktives Aufsuchen von Angeboten, Auswahl von Angeboten (einschl. der dazu erforderlichen Mobilität)				
			<b>4.3 Begegnung mit sozialen Gruppen/fremden Personen:</b> Sich zurechtfinden in fremden Gruppen, adäquates soziales Verhalten				
			← Überwiegende Stufe (Kategorie) →				
			<b>Punktzahl</b>				

A	B	C	5. Kommunikation	A	B	C	D
			<b>5.1 Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen:</b> Nutzung von Hilfsmitteln wie Langstock, Hörgerät, PC etc., Aneignung und Gebrauch von Gebärdensprache oder anderen Kommunikationswegen				
			<b>5.2 allgemeine Kommunikation:</b> Sprachverständnis, sprachliche Ausdrucksfähigkeit				
			<b>5.3 Orientierung in vertrauter Umgebung:</b> räumlich, zeitlich, zur eigenen Person				
			<b>5.4 Orientierung in fremder Umgebung:</b> räumlich, zeitlich				
			← <b>Überwiegende Stufe (Kategorie)</b> →				
			<b>Punktzahl</b>				

A	B	C	6. Psychische Hilfen	A	B	C	D
			<b>6.1 Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen:</b> (bei Jugendlichen auch erhebliche Pubertätsstörungen)				
			<b>6.2 Bewältigung negativer Symptome:</b> Antriebsstörungen, Interesselosigkeit, Apathie, etc.				
			<b>6.3 Bewältigung akuter paranoider und affektiver Symptomatik:</b>				
			<b>6.4 Bewältigung erheblich selbst- und fremdgefährdender Verhaltensweisen:</b>				
			← <b>Überwiegende Stufe (Kategorie)</b> →				
			<b>Punktzahl</b>				

A	B	C	7. Medizinische Hilfen	A	B	C	D
			<b>7.1 Erfordernisse der Behandlungspflege:</b> Dekubitusprophylaxe, Bedienung von Beatmungsgeräten, pflegerische Erfordernisse bei Sondenernährung				
			<b>7.2 Medikamenteneinnahme:</b> Bereitstellung, Dosierung, auch Insulingabe/ Diabeteskontrolle				
			<b>7.3 Absprache und Durchführung von Arztterminen:</b> Arztwahl, Terminvereinbarung, Aufsuchen der Praxis etc.				
			<b>7.4 Gesundheitsfördernder Lebensstil:</b> Kenntnisse über gesunde Ernährung, körperliches Training/Bewegung, Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen				
			← <b>Überwiegende Stufe (Kategorie)</b> →				
			<b>Punktzahl</b>				

<b>Gesamtpunktzahl</b>	
------------------------	--

**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