

Name des Leistungserbringers:		Ansprechpartner/-in:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:	E-Mail:	
Name der leistungsberechtigten Person:		Geb.-Datum:	
Berichtszeitraum (von):	Berichtszeitraum (bis):	Erstellt am:	Aktenzeichen:

**I. Bedeutsame Entwicklungen / Ereignisse für die leistungsberechtigte Person im Berichtszeitraum:**

**II. Die nachfolgend aufgeführten Ziele beziehen sich auf:**

den Gesamtplan vom \_\_\_\_\_

den einrichtungsinternen Förderplan vom \_\_\_\_\_

Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

<b>III. Zielreflexion</b>				
Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 1 im Lebensbereich "Lernen und Wissensanwendung" ICF-CY d 110 bis d 199	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele:

Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 2 im Lebensbereich "Allgemeine Aufgaben und Anforderungen" ICF-CY d 210 bis d 299				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele:

Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 3 im Lebensbereich "Kommunikation" ICF-CY d 310 bis d 399				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele:

Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 4 im Lebensbereich "Mobilität" ICF-CY d 410 bis d 499				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele:

Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 5 im Lebensbereich "Selbstversorgung" ICF-CY d 510 bis d 599				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele:

Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 6 im Lebensbereich "Häusliches Leben" ICF-CY d 610 bis d 699				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele:

Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 7 im Lebensbereich "Interpersonelle Interaktion und Beziehung" ICF-CY d 710 bis d 799				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele:



Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 8 im Lebensbereich "Bedeutende Lebensbereiche" ICF-CY d 810 bis d 899				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele:

Name der leistungsberechtigten Person:	Geb.-Datum:
--	-------------

Ziele	Ziel erreicht	Ziel teilweise erreicht	Ziel nicht erreicht	
III. 9 im Lebensbereich "Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben" ICF-CY d 910 bis d 999				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="button" value="+"/> <input type="button" value="-"/>

Bitte beschreiben Sie kurz, „ob und inwieweit die Maßnahmen das formulierte Teilhabeziel erreicht haben und wo bisherige Leistungen erfolgreich, nicht oder noch nicht erfolgreich waren" (§ 3 Abs. 8 RV zu § 131 SGB IX):

Für den nächsten Berichtszeitraum werden von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit der leistungsberechtigten Person und/oder den Personensorgeberechtigten folgende Teilhabeziele empfohlen:

Erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Teilhabeziele: