**Verlaufs- und Entwicklungsbericht**

Leistungserbringer:in:

Name des/der fallführenden Pädagog\*in:

Telefon:

Datum:

[ ]  Aufnahmebericht

Datum:

[ ]  Verlaufsbericht

Datum:

[ ]  Abschlussbericht

**Allgemeine Angaben**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Leistungsberechtigte:r** [ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** | **Elternteil 1**[ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** | **Elternteil 2**[ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** |
| Name: |  |  |  |
| Vorname: |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |  |
| Adresse (tatsächlicher Aufenthalt): |  |  |  |
| Telefonnummer: |  |  |  |
| Handynummer: |  |  |  |
| Mailadresse |  |  |  |
| Familienstand |  |  |  |
| Personensorge | **----------------------** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |
| Staatsangehörigkeit Aufenthaltstitel falls vorhanden bitte beifügen (ggf. befristete Duldung beachten)  |  | keine Angabe erforderlich | keine Angabe erforderlich |
| Muttersprache |  |  |  |
|  aktuelle Tätigkeit (Schule, Praktikum, berufl. Tätigkeit) |  | keine Angabe erforderlich | keine Angabe erforderlich |

|  |
| --- |
| **Ergänzende Angaben zur Personensorge, falls Veränderungen vorliegen:**  |
| **Angaben zum Vormund:****Angaben zur Ergänzungspflegschaft:****Angaben zur gesetzlichen Betreuung:***Bitte entsprechende Nachweise bei Veränderungen beifügen.*  |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen (z. B. Auskunftssperren, Umgangsregelung,):** |

**Bitte immer die neuen aktuellen ärztlichen Unterlagen aus denen die gesundheitliche Beeinträchtigung hervorgeht (den ICD-10 Code) beifügen.**

**Anamnestische Basisinformationen**

(basierend auf Aussagen der Eltern, U-Heft und vorliegenden Befunden)

Die Informationen aus dem Erstbericht vom ……. werden als bekannt vorausgesetzt. Im Folgenden werden nur Veränderungen und aktuelle Ergänzungen zur Anamnese eingefügt.

|  |
| --- |
| **Medizinische Vorgeschichte, Körperfunktionen und Körperstrukturen** |
| Die Informationen zu Erkrankungen und Befunde/Vorbefunde: (siehe auch beigefügte Berichte, falls vorhanden)  |
| Medikamenteneinnahme * aktuell:
* im Verlauf (wenn relevant):
 |
| Hilfsmittel: *(U.a. Brille, Einlagen, Hörgeräte, Pflegebett, Monitor, Sauerstoff, Stehbrett, Rollstuhl, Badehilfen)** aktuell:
* beantragt:

  |

|  |
| --- |
| **Familienanamnese** |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Entwicklungsverlauf unter Berücksichtigung von Ressourcen und Barrieren in Bezug auf**
* Aktivität und Teilhabe
* personenbezogene Faktoren
* bedeutsame Umweltfaktoren (materiell, sozial und einstellungsbezogen, inkl. familiärer Rahmenbedingungen)
* Auswirkungen der relevanten Faktoren im Bereich Körperfunktion/Körperstruktur

     1. **Zusammenfassende Beschreibung und Bewertung der aktuellen Teilhabesituation (auf Basis der vorliegenden Informationen)**

      |
| **Aus Sicht der Leistungserbringer:** |
| **Was klappt gut?:**      **Was fällt noch schwer?:**      **Was ist ein Problem?:**      **Der oder das hilft:**      **Der oder das hindert:**      **Hilfebedarf:**       |
|  **Sofern abweichend aus Sicht der Personensorgeberechtigten** [ ]  **Pflegeeltern** [ ]  |
| **Was klappt gut?:**      **Was fällt noch schwer?:**      **Was ist ein Problem?:**      **Der oder das hilft:**      **Der oder das hindert:**      **Hilfebedarf:**       |
| **Adresse und Kontaktdaten der Einrichtung bei Leistungen über Tag und Nacht und Name der Wohngruppe:**      **Adresse und Kontaktdaten des Leistungserbringers bei Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie:**      * Tag der Aufnahme:
* Wechsel des Betreuungsplatzes?

[ ]  nein [ ]  ja: [ ]  Gruppenwechsel  Anmerkungen dazu:       |

|  |
| --- |
| **Bereits vorhandene Leistungen und zusätzliche Hilfen:**[ ] SGB VIII (z. B. SPFH o. ä.) Hilfe:       Kostenträger:      [ ]  SGB IX Teil II (Assistenzleistung z. B. FUD, schulische Integration)Hilfe:       Kostenträger:      [ ]  SGB V (z. B. häusliche Krankenpflege)Hilfe:       Kostenträger:      [ ]  SGB XI (z. B. Pflegegeld):Hilfe:       Kostenträger:      [ ]  SGB IX Teil III (z. B. Feststellung der Behinderung, Ausweis)):Hilfe:       Kostenträger:      [ ]  Sonstiges: Hilfe:       Kostenträger:       |

|  |
| --- |
| **Ziele:** |
| **Lebensbereiche nach ICF** | **Teilhabeziele**Entwicklungs- und Veränderungsziele und/oder Erhaltungs- und Stabilisierungsziele |
| [ ]  Lernen und Wissensaneignung: (Bewusste sinnliche Wahrnehmung und deren Verarbeitung, Elementares Lernen, Anwendung von Erlerntem, Denken, Problemlösung, Treffen von Entscheidungen) |  |
| [ ]  Allgemeine Aufgaben und Anforderungen: (Erledigung von Aufgaben, Einhaltung der täglichen Abläufe, Umgang mit schwierigen Situationen/Stress) |  |
| [ ]  Kommunikation (Aktive Lautbildung, Singen, nonverbale und verbale Kommunikation, Reaktion, Erkennen und Verstehen von Kommunikationsangeboten)  |  |
| [ ]  Mobilität: (Haltungsbewahrung, Haltungsverlagerung, Fortbewegung, Ausführung Grob- und feinmotorischer Aktivitäten) |  |
| [ ]  Selbstversorgung: (Umsetzung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Bezug Köperpflege und Ernährung) |  |
| [ ]  Häusliches Leben: (Unterstützung/Mithilfe im Haushalt) |  |
| [ ]  Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: (Fähigkeiten zur Gestaltung von Kontakten und Beziehungen) |  |
| [ ]  Bedeutende Lebensbereiche: (Teilhabe in den Bereichen Bildung und Erziehung) |  |
| [ ]  Gemeinschaft/soziales Leben: (Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie) |  |

|  |
| --- |
| Abschließende Hinweise / weitere Bemerkungen:  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Leistungserbringer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

**Anlage 1**

**Allgemeine Angaben**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kind**[ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** | **Pflegeelternteil 1**[ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** | **Pflegeelternteil 2**[ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** |
| Name: |  |  |  |
| Vorname: |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |  |
| Adresse (wenn abweichendvom Kind, auch Adresse der Eltern): |  |  |  |
| Telefonnummer: |  |  |  |
| Handynummer: |  |  |  |
| Mailadresse: |  |  |  |
| Familienstand |  |  |  |
| Personensorge | **---------------------** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |
| Staatsangehörigkeit Aufenthaltstitel falls vorhanden bitte beifügen |  |  |  |
| Muttersprache |  |  |  |
|  aktuelle Tätigkeit (Schule, Praktikum, berufl. Tätigkeit) |  |  |  |