

von:
Vorname Name Erstellt am (Datum) Erstellt von (Name)

A. Sozialer Nahraum und gesundheitliche Angaben der leistungsberechtigten Person:

1. In welcher sozialen Situation wird die Pflege geleistet?

2. Liegen besondere Versorgungskonstellationen und Pflegerisiken vor? (z. B. ausgeprägte Schmerzsymptomatik, andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit, ausgeprägte Spastiken / Kontrakturen, respiratorische Insuffizienz, Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung, Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit / auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis). Liegen Pflegerisiken im Sinne des SIS vor? (Strukturierte Informationssammlung Pflege – tägliche Dokumentationsanforderung) Dekubitus, Schmerz, Sturzgefahr, Inkontinenz, Ernährung (häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung der Ernährung durch Sondennahrung mit Fremdhilfe oder parenterale Ernährung).

3. Sind chronische Erkrankungen – gravierende körperliche Gesundheitsprobleme – bekannt? (z. B. Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Kiefer- und Zahnerkrankungen, Knochen und Gelenkerkrankungen, Epilepsien, Diabetes, chronisch rezidivierende Autoimmun-Erkrankungen...).

4. Ist häufige oder kontinuierliche krankpflegerische Unterstützung / Behandlungspflege verordnet? (z. B. Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Stomaversorgung, Katheter).

5. Ist häufige oder kontinuierliche körperlich-pflegerische Unterstützung verordnet bzw. nötig und vereinbart? (z. B. bei Einreibungen, Kälte- oder Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck), Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln – z. B. Prothesen, kieferorthopädischen Apparaturen, Kompressionsstrümpfen, bei Verbandswechsel, Abführmethoden, Einhaltung von Diäten oder anderen ärztlichen Verhaltensvorschriften).

6. Ist häufige oder kontinuierliche Assistenz bei krankheitsbezogenen Anforderungen nötig und vereinbart? (z. B. erforderliche Koordination und Erinnerung an Termine, Organisation von Fahrten (ist persönliche Begleitung zu therapeutischen oder ärztlichen Terminen nötig?), Erinnerung an Medikamenteneinnahme, Beschaffung und Organisation der Medikation, persönliche Berücksichtigung von besonderen Zeiten der Medikation).

7. Ist eine häufige oder kontinuierliche Assistenz bei der Organisation von Therapie oder Gesundheitsleistungen erforderlich?

8. Welche pflegerelevanten persönliche Faktoren sind zu beachten? (z. B.: persönlicher Tag-Nachtrhythmus, Bevorzugung / Akzeptanz von Männern / Frauen bei der Pflegeunterstützung, Vorlieben bei Ansprache / Körperkontakt).

Folgerungen für das Themenfeld A

Wie häufig erforderlich?

a)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
b)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
c)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

von:
Vorname Name

B. Mobilität

1. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Positionswechsel erforderlich?
 (im Bett, beim Sitzposition halten, beim Aufstehen oder Umsetzen)

2. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Bewegung innerhalb des Wohnbereichs erforderlich?
 (hier bitte auch Besonderheiten des Umfeldes erwähnen)

3. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Treppensteigen erforderlich?

4. Wird häufig oder kontinuierlich herausforderndes Verhalten bei der Mobilität erlebt?
 (z. B. hoher Bewegungsdrang, Abwehr / Verweigerung von Bewegungen).

Folgerungen für das Themenfeld B

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

1. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung erforderlich?

2. Häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei Anforderungen an das Kurzzeitgedächtnis, bei mehrschrittigen Alltagshandlungen?

3. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Verstehen von einfachen Sachverhalten und Informationen oder bei Entscheidungen des Alltagslebens und beim Einschätzen von Risiken und Gefahren erforderlich?

4. Häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Mitteilen elementarer Bedürfnisse, beim Verstehen von Aufforderungen oder bei der Beteiligung an einem Gespräch? – Unterstützte Kommunikation –

5. Wird oder werden häufig oder kontinuierlich herausforderndes Verhalten / bzw. Risiken bei der Kommunikation erlebt?
 (z. B. sehr häufiges Wiederholen und Nachfragen, Beschimpfen und Schreien, Verweigern von Kommunikation).

Folgerungen für das Themenfeld C

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

von:
Vorname Name

D. Leben in sozialen Beziehungen: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt. Zur Erarbeitung von psychosozialen therapeutischen Strategien siehe hier auch Bogen C – herausforderndes Verhalten)

1. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei motorischen Verhaltensauffälligkeiten, nächtlicher Unruhe, selbstschädigendem oder autoaggressivem Verhalten nötig?

2. Wird häufige oder kontinuierliche Unterstützung der Person bzw. des Umfeldes bei Beschädigung von Gegenständen, verbaler Aggression, physisch aggressivem Verhalten und der Abwehr von pflegerischen Maßnahmen benötigt?

3. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ängsten, Antriebslosigkeit, depressiver Stimmungslage und inadäquaten Verhaltensweisen / Handlungen erforderlich?

4. Birgt häufiges oder kontinuierliches herausforderndes Verhalten der Person deutliche Risiken in sozialen Beziehungen? (Gestaltung der Beziehungen im häuslichen Umfeld, im außerhäuslichen Bereich).

5. Wird die Person in ihren sozialen Beziehungen durch Nicht-Fachkräfte unterstützt? (z. B. durch Freunde, Angehörige)

Folgerungen für das Themenfeld D

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. Selbstversorgung

1. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung bei der Blasenkontrolle oder Darmkontrolle / Inkontinenz bzw. der künstlichen Harnableitung oder Colo- / Ileostoma-Versorgung erforderlich?

2. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung beim Waschen des vorderen Oberkörpers, des Intimbereichs, beim Kämmen, der Zahnpflege / Prothesenreinigung und ggfs. beim Rasieren nötig?

3. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung des Duschens oder Badens und beim Auskleiden des Ober- oder Unterkörpers erforderlich?

4. Ist eine häufige oder kontinuierliche Unterstützung beim Essen und / oder Trinken erforderlich? (z. B. Erforderlichkeit von mundgerechter Zubereitung / Eingießen oder Bereitstellung von Essen, Trinken in Griffbereitschaft servieren).

von:
Vorname Name

E. Selbstversorgung (Fortsetzung)

5. Ist eine häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der **Toilettenbenutzung und der Intimhygiene / Menstruation** erforderlich?

6. Gibt es bei der pflegerischen Unterstützung zur Umsetzung größtmöglicher Autonomie und Kompetenz herausfordernde Spannungsfelder der Akzeptanz von persönlichen Vorlieben für Fachkräfte im Bereich Hygiene / Ethik / Sorge?

Folgerungen für das Themenfeld E

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F. Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte außerhäusliche Aktivitäten

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

1. Ist eine häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Gestaltung des Tagesablaufs bzw. bei dessen Anpassung an Veränderungen beziehungsweise beim sich Beschäftigen und der Planung von Zukunft nötig?

2. Benötigt die antragstellende Person häufige oder kontinuierliche nicht-medikamentöse Unterstützung beim Ruhen und Schlafen?

3. Ist eine häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Interaktion mit Personen im direkten Kontakt und bei der Kontaktpflege außerhalb des direkten Umfeldes erforderlich?

4. Ist häufig oder kontinuierlich Unterstützung beim Verlassen der Wohnung / des Wohnbereiches, nötig – und weshalb?

5. Ist häufig oder kontinuierlich Unterstützung bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und /oder beim Mitfahren in einem PKW oder Taxi nötig?

6. Ist eine kontinuierliche Unterstützung bei der **Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen** erforderlich?

7. Wird die antragstellende Person bei der Gestaltung des Alltags bzw. bei außerhäuslichen Aktivitäten durch **Nicht-Fachkräfte (z. B. Freunde, Angehörige ...)** unterstützt? Wer unterstützt bei was?

Folgerungen für das Themenfeld F

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

von:
Vorname Name

G. Haushaltsführung

1. Ist häufig oder kontinuierlich eine Unterstützung des Einkaufens für den täglichen Bedarf / die Bereitstellung von Lebensmitteln nötig?

2. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei der Zubereitung von einfachen Mahlzeiten und (Heiß-)Getränken erforderlich?

3. Ist häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei einfachen und/oder aufwändigen Aufräum- und Reinigungsarbeiten erforderlich?

4. Benötigt die antragstellende Person häufig oder kontinuierlich Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen, bei der Regelung finanzieller Angelegenheiten, bei der Regelung von Behördenangelegenheiten?

5. Ist Unterstützung bei der Haushaltsführung durch Nicht-Fachkräfte (Freunde, Angehörige...) nötig. Wer macht was?

6. Ist häufig oder kontinuierlich Unterstützung bei Konflikt-Risiko- und Aushandlungssituationen nötig, die sich durch Pflegehandlungen und Wohnsituation ergeben?

Folgerungen für das Themenfeld G

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)	<input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>
b)	<input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>
c)	<input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>

von:
Vorname Name Geburtsdatum

<input type="text"/> <small>Planung</small>	<input type="text"/> - <input type="text"/> <small>Für den Zeitraum von - bis</small>	<input type="text"/> <small>Erstellt von (Name)</small>	<input type="text"/> <small>Erstellt am (Datum)</small>	<input type="text"/> <small>Aktenzeichen</small>
--	--	--	--	---

Zusammenfassung

A. Sozialer Nahraum und gesundheitliche Angaben für antragstellende Person:

Folgerungen für das Themenfeld A

Wie häufig erforderlich?

a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche der Folgerungen aus dem Themenfeld haben eine Bedeutung für die aktuelle Situation der antragstellenden Person?

Diese pflegerelevanten Hinweise bitte auch auf Seite 2 des ITP unter 4. *Stichworte zur aktuellen Situation* eintragen.

Werden regelmäßig SGB V (Krankenversicherungsleistungen) in Anspruch genommen, setzen Sie bitte auch im ITP das entsprechende Kreuz. Bitte tragen Sie chronische Erkrankungen /anhaltende gesundheitliche Belange in das Freifeld auf Seite 1 (z. B. Diabetes). Diese sollten auch mit einem Schweregrad der Beeinträchtigung eingeschätzt werden, dies kann auf Seite 3 im Freifeld eingetragen werden (wenn möglich bereits mit ICF-Kode (platzsparend). Wenn schriftsprachlich zu wenig Platz ist, nutzen Sie das Ergänzungsblatt).

B. Mobilität

Folgerungen für das Themenfeld B

Wie häufig erforderlich?

a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>

Andauernde Mobilitätseinschränkungen sollten im ITP in Stichworten auf Seite 2 unter 4 *Stichworte zur aktuellen Situation* eingetragen werden. Um den **Schweregrad der Beeinträchtigung** einzuschätzen, sollten Sie auf Seite 3 den Beeinträchtigungsgrad „des Gehens“ sowie „sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen“ angeben.

C. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Folgerungen für das Themenfeld C

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis: Bei ausgeprägten und umfassenden Hilfen im Bereich *herausforderndes Verhalten* sollte zunächst der **Ergänzungsbogen C** bearbeitet und die Erkenntnisse daraus in den ITP übertragen werden. Falls dies nicht zutrifft, oder nur wenige Hinweise auf Hilfen aus der pflegerischen Unterstützung vorliegen, sollten Sie auch hier nur Angaben übertragen, wenn dieses Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.

Falls beide Hinweise nicht zutreffen, wären auf Seite 3 im ITP Sachsen „*Beeinträchtigungen der Orientierung*“, die „*Beeinträchtigungen des Gedächtnis*“ und „*höhere kognitive Funktionen*“, „*Beeinträchtigungen der Kommunikation*“, „*Lesen und Schreiben*“ bzw. „*Hören oder Sehen*“ einzutragen.

Vorname

Name

Aktenzeichen

D. Leben in sozialen Beziehungen: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Folgerungen für das Themenfeld D

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

Hinweis: Bei ausgeprägten und umfassenden Hilfen im Bereich *herausforderndes Verhalten* sollte zunächst der **Ergänzungsbogen C** bearbeitet und die Erkenntnisse daraus in den ITP übertragen werden. Bitte übertragen Sie auch bei wenig umfassenden Hinweisen auf Hilfen aus der *pflegerischen Unterstützung* nur, wenn dieses Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.

Auf Seite 3 des ITP Sachsen wären Beeinträchtigungen unter 3 „*Impulskontrolle*“ im Ausmaß einzuschätzen, ebenso „*Antrieb*“, unter 2 „*psychische Stabilität*“, unter 8 „*emotionales Erleben*“, unter 9 „*Inhalt und Kontrolle des Denkens*“ und unter 4 „*Drang nach Suchtmitteln*“.

E. Selbstversorgung

Folgerungen für das Themenfeld E

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

Bitte schätzen Sie auf Seite 3 das „*sich waschen und den Körper pflegen*“ in der Ausprägung der Beeinträchtigung ein. Ebenso das „*Essen / Essverhalten*“, das „*Trinken*“ und die „*Toilettenbenutzung*“.

F. Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte außerhäusliche Aktivitäten

Folgerungen für das Themenfeld F

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

G. Haushaltsführung

Folgerungen für das Themenfeld G

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

Bitte schätzen Sie auf Seite 3 das Ausmaß der Beeinträchtigung beim „*Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Hausarbeiten erledigen, Umgang mit Geld, Kontoführung, Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden*“ ein.

Erstellt von (Name):

Erstellt am (Datum):

Unterschrift: