

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Gesprächsleitfaden -

erster IHP Fortschreibung des IHP vom Nr. AZ:
für den Zeitraum vom..... bis..... erstellt am:..... von

I. Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Es ist die angestrebte Wohn- und Lebensform des Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive formuliert. Eine Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele ist unerwünscht.

Wie und wo ich wohnen will

Was ich den Tag über tun oder arbeiten will

Wie ich mit anderen Menschen zusammen leben will (Beziehungen zu anderen Menschen, nicht wohnen)

Was ich in meiner Freizeit machen will

Was mir sonst noch sehr wichtig ist

Individuelle Hilfeplanung des LVR **- Gesprächsleitfaden -**
AZ:

II. Wie und wo ich jetzt lebe (Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit und was sonst noch wichtig ist)

Ergänzende fachliche Sicht

III. Was ich ohne große Probleme machen kann

Ergänzende fachliche Sicht

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Gesprächsleitfaden -

AZ.:

IV. Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will

Ergänzende fachliche Sicht

V. Was ich nicht so gut oder gar nicht kann

Ergänzende fachliche Sicht

Individuelle Hilfeplanung des LVR	- Gesprächsleitfaden - AZ:
--	--

VI. Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will

Ergänzende fachliche Sicht

VII. Was weiter wichtig ist, (bisherige Erfahrungen, Eigenschaften der Person, Lebensweisen, ...), um mich oder meine Situation zu verstehen

Ergänzende fachliche Sicht

Individuelle Hilfeplanung des LVR**- Planung -**

AZ:

Nr.	X. Was soll zukünftig konkret erreicht werden?	Bis wann ?	Nr.	XI. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen?	Wer soll das tun?	Wo soll das gemacht werden?
1.			1.			
2.			2.			
3.			3.			
4.			4.			
5.			5.			
6.			6.			

Individuelle Hilfeplanung des LVR

Bogen II – notwendige Leistungen-

AZ.:

Nr.	zeitl. Lage (bitte ankreuzen)		Art der Maßnahme (siehe Liste)	Form der Leistung (falls zutreffend, bitte ankreuzen)				Name und Anschrift des geplanten Leistungserbringers (bei mehreren Leistungserbringern bitte zu Leistungen zuordnen)
	am Tage	nachts		Dienstleistung	Geldleistung	persönliches Budget	Sachleistung Umfang in Stunden / Woche	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								