|  |  |
| --- | --- |
| Bezirk UnterfrankenSilcherstraße 597074 Würzburg | Erläuterungsbogen zur Erhebung des Hilfebedarfesnach dem Metzlerverfahren im Bereich „Wohnen“ |
|  |  |  |  |
| Leistungsanbieter / Einrichtung:      | Name:      | Letzte HBG Einstufung am:     Gesamtpunktzahl:       | **Legende/Erläuterung zur Eintragung des Hilfebedarfs:****Bitte alle Spalten ausfüllen!****A:** keine Hilfe erforderlich/gewünscht**B:** Beratung/Assistenz/Hilfestellung**C:** stellvertretende Ausführung/teilweise Anleitung**D:** Umfassende Hilfestellung/intensive Anleitung und Begleitung**A-D sind in die beiden letzten beiden Spalten einzutragen** |
|  | Geburtsdatum:      | Aktuell beantragte HBG vom:     Gesamtpunktzahl:       |
|  |  |  |  |
| Medizinische Diagnosen:      | Pädagogisch-Psychologische Diagnosen:      |
|  |  |  |  |
| Zusammenfassende Stellungnahme, warum eine Veränderung der bisher bestehenden HBG - Einstufung erforderlich ist:      |

| Lebensbereiche nach Metzler | Aktuelle Bedarfssituation unter Berücksichtigung der Ressourcen | Aktuelle Ziele | Welche konkreten Maßnahmen werden durchgeführt (Genaue Beschreibung der Maßnahmen/Methoden in Art und Häufigkeit)  | A – D\*)ALT | A – D\*)NEU |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alltägliche Lebensführung: |
| Einkaufen |       |       |       |  |  |
| Zubereitung von Zwischenmahlzeiten |       |       |       |  |  |
| Zubereitung von Hauptmahlzeiten |       |       |       |  |  |
| Wäschepflege |       |       |       |  |  |
| Ordnung im eigenen Bereich |       |       |       |  |  |
| Geld verwalten |       |       |       |  |  |
| Regelung von finanziellen und (sozial-) rechtlichen Angelegenheiten |       |       |       |  |  |
| Individuelle Basisversorgung: |
| Ernährung |       |       |       |  |  |
| Körperpflege |       |       |       |  |  |
| Persönliche Hygiene / Toilettenbenutzung |       |       |       |  |  |
| Aufstehen / zu Bett gehen |       |       |       |  |  |
| Baden / Duschen |       |       |       |  |  |
| Anziehen / Ausziehen |       |       |       |  |  |
| Gestaltung sozialer Beziehungen: |
| … im unmittelbaren Nahbereich |       |       |       |  |  |
| … zu Angehörigen |       |       |       |  |  |
| … in Freundschaften / Partnerschaften |       |       |       |  |  |
| Teilnahme am kulturellen Leben:  |
| Gestaltung freier Zeit / Eigenbeschäftigung |       |       |       |  |  |
| Teilnahme an Freizeitangeboten / kulturellen Veranstaltungen |       |       |       |  |  |
| Begegnungen mit sozialen Gruppen / fremden Personen |       |       |       |  |  |
| Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche |       |       |       |  |  |
| Kommunikation und Orientierung:  |
| Kompensation von Sinnes-beeinträchtigungen |       |       |       |  |  |
| Zeitliche Orientierung |       |       |       |  |  |
| Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung |       |       |       |  |  |
| Räumliche Orientierung in fremder Umgebung |       |       |       |  |  |
| Emotionale und psychische Entwicklung:  |
| Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen |       |       |       |  |  |
| Bewältigung von Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit, Apathie, etc. |       |       |       |  |  |
| Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik |       |       |       |  |  |
| Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen |       |       |       |  |  |
| Bewältigung allgemeiner persönlicher Probleme |       |       |       |  |  |
| Gesundheitsförderung und -erhaltung: |
| Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen |       |       |       |  |  |
| Absprache und Durchführung von Arztterminen |       |       |       |  |  |
| Spezielle pflegerische Erfordernisse |       |       |       |  |  |
| Beobachtung und Überwachung des Gesundheits-zustands |       |       |       |  |  |
| Gesundheits-fördernder Lebensstil |       |       |       |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum/ Einrichtungsstempel:      | Datum und Unterschrift der an der Antragstellung beteiligten Personen:      |
|  |  |
| Datum und Unterschrift des Leistungsberechtigten:      | bzw. Datum und Unterschrift des verantwortlichen gesetzlichen Betreuers:       |