

# Funktionsbezogene Bedarfsermittlung

## F2 Bogen B

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	AZ

<input type="checkbox"/> Erste Bedarfsermittlung	<input type="checkbox"/> Fortschreibung
erfasst am	erfasst von

<b>Folgende Unterlagen haben bei der Bearbeitung dieses Bogens vorgelegen:</b>
<input type="checkbox"/> Verlaufsbericht
<input type="checkbox"/> Sozialmedizinische Stellungnahme
<input type="checkbox"/> Berichte, vgl. auch Tabelle 6 aus Bogen A
<input type="checkbox"/>



(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

### 1.2 Mögliche Verursachung durch Dritte

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder Sache zurück?

(z.B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung)

- nein
- ja Beschreibung schädigendes Ereignis

### 1.3 Hinweise zu Körperfunktionen und –strukturen

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperfunktionen und –strukturen vor?

Ort, Datum, Unterschrift (en) und Funktion(en) der Bearbeiterin (nen) \* des / der Bearbeiter (s)

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

### 2. Wünsche der leistungsberechtigten Person

### 3. Personenbezogene Faktoren

Vorgeschichte, Verlauf, aktuelle Situation

# Funktionsbezogene Bedarfsermittlung

## F2 Bogen B

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

4. Umweltfaktoren			
	Inanspruchnahme	aktivierbar	
4.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hilfsprodukte und Technologien einschließlich Hilfsmittel und Medikamente</b>
4.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sozialraum</b>
4.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Soziale Unterstützung</b> (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)

5. Person des Vertrauens (§ 117 Abs. 2 SGB IX, § 121 Abs. 3 Nr. 2 SGB IX)			
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	Fax	Mobilnummer	E-Mail
Art der Beziehung			

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

6. Aktivität und Teilhabe	
<p>Hier werden die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe des Menschen mit Behinderung sowie die damit verbundenen umwelt- oder personenbezogenen Förderfaktoren und Barrieren berücksichtigt.</p> <p>Die Beschreibung erfolgt differenziert in den nachfolgenden neun Lebensbereichen, gegliedert z.B. anhand der Fragestellungen:</p> <p>A) <u>Wunsch / Veränderung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was wünschen Sie sich?</li> <li>• Was soll so bleiben wie bisher?</li> <li>• Was soll sich verändern?</li> </ul> <p>B) <u>Fähigkeiten ⇔ Beeinträchtigungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was gelingt Ihnen gut oder ohne größere Probleme?</li> <li>• Was gelingt Ihnen nicht so gut oder gar nicht?</li> <li>• Was könnte Ihnen gelingen?</li> </ul> <p>C) <u>Förderfaktoren ⇔ Barrieren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wer oder was hilft Ihnen jetzt schon, den Lebensbereich so zu gestalten wie Sie wollen?</li> <li>• Wer oder was hindert Sie daran?</li> <li>• Wer oder was könnte Sie unterstützen?</li> </ul> <p>D) <u>Weitere wichtige Hinweise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was ist weiter wichtig, um Sie und Ihre Situation zu verstehen?</li> </ul> <p><b>In welcher Wechselwirkung stehen die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF?</b></p> <p><b>Sofern kein Konsens erzielt werden konnte, sind abweichende Sichtweisen der Beteiligten zur aktuellen Situation zu dokumentieren.</b></p>	<p><b>Ausmaß der Aktivität und / oder Teilhabe einschränkung</b></p> <p>Das Problem ist</p> <p>0 – nicht vorhanden            1 – leicht ausgeprägt            2 – mäßig ausgeprägt            3 – erheblich ausgeprägt            4 – voll ausgeprägt            8 – nicht spezifiziert            9 – nicht anwendbar</p>



















# Funktionsbezogene Bedarfsermittlung

## F2 Bogen B

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

### 7. Zusammenfassung – Ergebnis zur Teilhabebeeinträchtigung

### Leistungsberechtigter Personenkreis

§§ 2, 99 SGB IX

i.V.m §§ 1 bis 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung in der am 31.12.2019 geltenden Fassung

a)	b)	c)	d)		e)		
Es liegt eine Abweichung vom für das Lebensalter typischen Zustand vor.	Eine Beeinträchtigung der Teilhabe, die länger als sechs Monate andauert, liegt vor.	Die Teilhabebeeinträchtigung steht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Behinderung.	Eine wesentliche Behinderung		Eine andere (nicht wesentliche) Behinderung		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	liegt vor.	droht.	liegt vor.	liegt nicht vor.	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<b>körperliche Behinderung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			blind oder hochgradig sehbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			hörgeschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			sprachbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>geistige Behinderung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>seelische Behinderung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Funktionsbezogene Bedarfsermittlung

## F2 Bogen B

(nur für Bedarfsermittlung relevante Felder ausfüllen)

**Sonstiges**

Ort, Datum, Unterschrift(en) und ggfls. Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) \* des/der Bearbeiter(s)