**Entwicklungsbericht nach dem HMBW-Verfahren**

**Stammdaten**

|  |  |
| --- | --- |
| Träger: |        |
| Einrichtung: |        |
| Name der/s BewohnerIn/Bewohners: |        | Geburtsdatum:       |
| Aufnahmedatum: |        |  Bezugsbetreuer/in:       |
| Art der Tagesstruktur:  |  [ ]  Intern [ ]  Extern | Wohngruppe:       |
| Name der rechtlichen Betreuung: |        | Telefon-Nr.:       |
| Aufgabenkreis: |        |
| Berichtszeitraum: |        |
| Ansprechpartner/in: |        |

**Anamnestische Angaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosen:(Arzt, Ausstelldatum) |        |
|  Pflegegrad: |        |
| Grad der Behinderung/ Merkzeichen: |        |
| allgemeiner Gesundheitszustand: |        |
| allgemeine Wohnsituation: |        |
| Schule, Arbeit und Beschäftigung: |        |
| Biographische Daten: |        |

**Beschreibung der Entwicklung**

## Alltägliche Lebensführung

* + 1. Einkaufen

|  |
| --- |
|       |

* + 1. Zubereiten von Zwischenmahlzeiten

|  |
| --- |
|       |

* + 1. Zubereiten von Hauptmahlzeiten

|  |
| --- |
|       |

* + 1. Wäschepflege

|  |
| --- |
|       |

* + 1. Ordnung im eigenen Bereich

|  |
| --- |
|       |

* + 1. Geld Verwalten

|  |
| --- |
|       |

* + 1. Regeln von finanziellen und (sozial-) rechtlichen Angelegenheiten

|  |
| --- |
|       |

* 1. **Individuelle Basisversorgung**
1. Ernährung

|  |
| --- |
|       |

1. Körperpflege

|  |
| --- |
|       |

1. Toilettenbenutzung / persönliche Hygiene

|  |
| --- |
|       |

1. Aufstehen / zu Bett gehen

|  |
| --- |
|       |

1. Baden / Duschen

|  |
| --- |
|       |

1. Anziehen / Ausziehen

|  |
| --- |
|       |

## Gestaltung sozialer Beziehungen

1. im unmittelbaren Nahbereich

|  |
| --- |
|       |

1. zu Angehörigen

|  |
| --- |
|       |

1. in Freundschaften / Partnerschaften

|  |
| --- |
|       |

## Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben

1. Eigenbeschäftigung

|  |
| --- |
|       |

1. Teilnahme an Freizeitangeboten / kulturellen Veranstaltungen

|  |
| --- |
|       |

1. Begegnung mit sozialen Gruppen / fremden Personen

|  |
| --- |
|       |

1. Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche

|  |
| --- |
|       |

## Kommunikation und Orientierung

1. Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen

|  |
| --- |
|       |

1. Zeitliche Orientierung

|  |
| --- |
|       |

1. Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung

|  |
| --- |
|       |

1. Räumliche Orientierung in fremder Umgebung

|  |
| --- |
|       |

## Emotionale und psychische Entwicklung

1. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen

|  |
| --- |
|       |

1. Bewältigung von Antriebsstörungen, Interesselosigkeit, Apathie etc.

|  |
| --- |
|       |

1. Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik

|  |
| --- |
|       |

1. Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden

Verhaltensweisen

|  |
| --- |
|       |

1. Bewältigung allgemeiner persönlicher Probleme

|  |
| --- |
|       |

**VII. Gesundheitsförderung und –erhaltung**

1. Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen

|  |
| --- |
|       |

1. Absprache und Durchführung von Arztterminen

|  |
| --- |
|       |

1. Spezielle pflegerische Erfordernisse

|  |
| --- |
|       |

1. Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes

|  |
| --- |
|       |

1. Gesundheitsfördernder Lebensstil

|  |
| --- |
|       |

**Ergänzende Angaben**

1. Beteiligung und Einschätzung der/s Bewohner/in und anderer Bezugspersonen bei der Hilfeplanung:

|  |
| --- |
|       |

1. Wünsche und Ziele des/r Bewohner/in:

|  |
| --- |
|       |

**Zusammenfassung und Ausblick**

1. Entwicklungsverlauf:

|  |
| --- |
|       |

1. Aktuelle Förderplanung und der dafür vorgesehene zeitliche Rahmen:

|  |
| --- |
|       |

1. Begründung, warum eine besondere Wohnform weiterhin erforderlich ist/ warum ein Wechsel in eine andere Wohnform angedacht ist:

|  |
| --- |
|       |

**Unterschriften:**

Verfasser/in: Qualifikation:

Datum, Name

Einrichtungsleitung /

Fachdienst: Qualifikation:

Datum, Name

Bewohner/in:

Datum, Name

Rechtliche Betreuung:

Datum, Name

[ ]  Der Inhalt dieses Entwicklungsberichts wurde Herrn/ Frau       durch die Verfasserin / den Verfasser verständlich gemacht, da er/sie nicht in der Lage ist, den Inhalt eigenständig zu erfassen.

Verfasser/in

Datum, Name

Eine Kopie dieses Entwicklungsberichts wurde an die rechtliche Betreuung versandt am:

Stempel der Einrichtung