|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meldeblatt**  Für Integrationshilfe Antrag und Hilfeplanung | | | | Patientinnen- bzw.  Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR) | | | | **F** |
| **EINRICHTUNG u. KOSTENTRÄGER** | | | | Datum d. aktuellen  Antragstellung IH: | | Datum Erledigung (Kostentr.): | | |
|  | | | | | | | | |
| **Aktuelle und beantragte Integrationshilfe-Produkte:**  **Alle sozialpsychiatrischen Leistungen der Integrationshilfe (auch ambulante)** | | | | | | | | |
|  | **Immer eintragen** | | | | **nur bei Meldung über Beendigung eintragen** | | | |
| lfd. Nr. | Produkt-Nr. nach Produktekatalog | Leistungserbringende (Code-Nr. des Hilfsangebotes) | Leistungsbeginn Auftragsklärung (Datum) | | Ende der Leistung (Datum) | | Art der Beendigung (siehe Legende) | |
| 1 |  |  |  | |  | |  | |
| 2 |  |  |  | |  | |  | |
| 3 |  |  |  | |  | |  | |
| 4 |  |  |  | |  | |  | |
| 5 |  |  |  | |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Legende zur Art der Beendigung:  1 = Maßnahme im Konsens beendet  2 = Maßnahme von der betroffenen Person gegen fachlichen Rat abgebrochen  3 = Maßnahme vom Leistungserbringenden gegen den Wunsch der betroffenen Person abgelehnt  4 = Maßnahme vom Kostenträger gegen den Wunsch der betroffenen Person nicht bewilligt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Art des Antrags auf Gewährung / Fortschreibung von Leistungen**  bitte ankreuzen | | | |
|  | **Art des Antrags** | **Hilfeplankonferenz erforderlich** | **erforderliche Datenblätter** |
|  | 1) Auftragsklärung | Nein | **Meldeblatt + H** |
|  | 2) Neuantrag | Ja | **Meldeblatt + C und D (+ E leer)**  **+ G** |
|  | 3) Fortschreibung mit Änderung | Ja | **Meldeblatt + C und D + E (im**  **Ent­wurf) + G** |
|  | 4) Fortschreibung  ohne Änderung | Nur auf Wunsch eines der Beteiligten (spätestens 3 Jahre nach der letzten HPK verpflichtend) | **Meldeblatt + C und D (+ E bei**  **HPK)** |
|  | 5) Abschlussphase  (maximal 3 Monate) | Keine | **Meldeblatt + C und D** |
|  | 6) Beendigung | Keine | **Meldeblatt + Abschlussbericht** |

**Hilfeplankonferenz** **Datum:**

(Von der Vertretung des Kostenträgers auszufüllen!)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Hilfeplankonferenz abgehalten |
| Teilnehmer |  | Betroffene Person |
|  | Therapeutische Bezugsperson |
|  | Facharzt / Fachärztin |
|  | Sachwalter / Sachwalterin |
|  | Vertrauensperson |
|  | Vertretung Kostenträger |
| Ergebnis |  | 1) Konsens im Sinne der Angaben auf Datenblatt E |
|  | 2) Konsens im Sinne der Angaben auf Datenblatt E  nach Änderung des Antrags |
|  | 3) Entscheidung durch Clearingstelle  nach Dissens zwischen den Beteiligten |