|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meldeblatt**Für Integrationshilfe Antrag und Hilfeplanung |      Patientinnen- bzw.Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR) | **F** |
| **EINRICHTUNG u. KOSTENTRÄGER** |      Datum d. aktuellenAntragstellung 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 beendet2 = Maßnahme von der betroffenen Person gegen fachlichen Rat abgebrochen3 = Maßnahme vom Leistungserbringenden gegen den Wunsch der betroffenen Person abgelehnt4 = 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) Fortschreibungohne 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 |