

## Teilhabeplan – Antrag

Antragstellende Person / Institution: \_\_\_\_\_

### Daten des Betroffenen:

Name/Vorname

Geburtsdatum

Wohnort/Straße

Familienstand

Kinder

Beruf / Tätigkeit / Einkommensart

Rechtliche Betreuung

ja

nein

Vorsorgevollmacht

ja

nein

Behandlungsvereinbarung

ja

nein

Schwerbehinderung/GdB

%

Pflegegrad

Grad

### Medizinische Daten:

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Fachärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

Hausärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

Weitere begleitende Dienste: \_\_\_\_\_

(ggf. Rückseite nutzen)

**Einzuladende Teilnehmer\*innen (Name/Anschrift/Funktion):**

---

---

---

---

---

---

---

**Grund der Vorstellung / Aktueller Unterstützungsanlass:**

---

---

---

---

---

---

---

**Die aufgeführten persönlichen Daten habe ich zur Kenntnis genommen.  
Die Teilhabeporgespräche sind freiwillig und dienen der Festlegung von Hilfsangeboten und der Unterstützung meiner Rehabilitationsbemühungen.  
Hiermit entbinde ich alle am Teilhabeporgesprächverfahren beteiligten Personen/Institutionen untereinander von der Schweigepflicht.**

---

**Ort/Datum**

---

**Unterschrift der/des Betroffenen ggf. des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin**