

## Hilfeplan – Teil I

Hilfeplankonferenz angeregt durch: \_\_\_\_\_

Hilfeplankonferenz in:  Ahaus  Gronau  Borken  Bocholt

**Konferenzteilnehmer sollen sein:**  
(der Betroffene wird vom Vorschlagenden eingeladen)

---

---

---

---

---

---

### 1. Sozialdaten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Geboren am      Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Beruf

### beruflicher Werdegang/frühere Tätigkeiten

---

---

---

---

---

---

Einkommen: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis/GDB: \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Hausarzt:*

\_\_\_\_\_  
*Facharzt :*

\_\_\_\_\_  
*Ärzte/Therapeuten*

***Diagnose(n) ICD 10 Schlüssel (falls bekannt)***

\_\_\_\_\_  
*F*

\_\_\_\_\_  
*F*

\_\_\_\_\_  
*F*

\_\_\_\_\_  
*Krankenkasse*

\_\_\_\_\_  
*Mitgliedsnummer*

\_\_\_\_\_  
*Rentenversicherungsträger*

\_\_\_\_\_  
*Sozialversicherungsnummer*

\_\_\_\_\_  
*Bundesagentur für Arbeit*

\_\_\_\_\_  
*Kundennummer*

***Nächste Angehörige/ Bezugsperson***

\_\_\_\_\_  
*Name*

\_\_\_\_\_  
*Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Straße*

\_\_\_\_\_  
*Postleitzahl/Wohnort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon*

*Vollmacht:*  *ja*

*Umfang:* \_\_\_\_\_

***Rechtlicher Betreuer:***  *ja*

*Name:* \_\_\_\_\_

*Telefon:* \_\_\_\_\_

*Anschrift:* \_\_\_\_\_

*Aufgabenkreis:* \_\_\_\_\_



