

Leitfaden zur Vorstellung im Steuerungsgremium Psychiatrie und Suchthilfe SGPS Berlin Mitte

Kontaktdaten THFD (Name, Telefon, E-Mail, Stellenzeichen)

Leistungskoordination:

Teilhabeplanung:

Datum der Steuerung:

Steuerungsgremium:

1. Personenbezogene Daten Bitte stichpunktartig, dennoch aussagekräftig ausfüllen

| | |
|--|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Adresse, Erreichbarkeit/ Tel. (sowie Wohnsituation, eig. Wohnung, elterl. Wohnung, oder derzeit. Aufenth.: ASOG, Klinik, JVA, KMV) | |
| Familiensituation (Ehepartner, Kinder unter 18 Jahren) und Kontakt zu Angehörigen | |
| Erwerbs- und Einkommenssituation | |
| Migrationshintergrund Betreuung/Assistenz auf Deutsch möglich? Wenn nein: welche Sprache | |
| Gesetzliche Betreuung/Bewährungshilfe (welche Aufgabengebiete und Kontaktdaten) | |

2. Anamnese

| | |
|--|--|
| Psychiatrische, relevante somatische Diagnosen/kognitive Einschränkungen/Behinderung | |
| Krankheitsverlauf (Ersterkrankung, stationäre Aufenthalte, Rehabilitation oder Therapie, derzeitige oder vorangegangene Hilfen) | |
| Hinweis zur Behandlungsbereitschaft (Krankheitseinsicht, Compliance, ambulant psychiatrische Anbindung) | |
| Substanzkonsum/nicht stoffgebundene Abhängigkeiten (Welche Substanzen? Gibt es eine Abstinenzmotivation? Gegenwärtig abstinert?) Suchttherapeutische Maßnahmen in der Historie | |
| (Unmittelbare) vorherige Betreuungssituation (EGH mit Angabe Leistungsanbieter, EFH, KBS, Pflege etc.)/Krankheitserleben/Tagesgestaltung | |

| | |
|--|--|
| Gab es im Vorfeld eine forensische Unterbringung/Unterbringung nach PsychKG/BGB? Sind Straftaten, Bewährungsaufgaben bekannt und/oder besteht eine Führungsaufsicht? (Kontaktdaten benennen) | |
| Ressourcen (Fähigkeiten, Interessen, Eigenschaften, soziale Kontakte, nicht psychiatrische Hilfen) | |

3. Teilhabebedarf

| | |
|---|--|
| Vorrangige Ziele, angestrebte Veränderungen (z.B. Wohnen, Tagesstruktur, Beschäftigung, pers. Entwicklung, medizinische/therapeutische Angebote Beziehungen, Begleitung): | |
| Umfang des Hilfebedarfs und Einschätzung der Unterstützung (zeitlicher Umfang, Beratung, Befähigung, Nachtbereitschaft/-wache, 24/7-Angebot) → ggf. TIB beifügen | |
| Empfehlung aus Sicht des THFD bitte auswählen: wohnraumgestütztes Angebot, Assistenz in der eigenen Häuslichkeit/Einrichtung der Wohnungslosenhilfe oder tagesstrukturierende Maßnahme | |

4. Wünsche der leistungsberechtigten Person/besondere Bedarfe

| | |
|--|--|
| Spezifische Angebote, wie frauenspezifisches Angebot, Angebot für junge/ältere Menschen, barrierefrei, Haustiere erlaubt, konsumakzeptierend, etc. | |
| Weibliche/männliche Assistenzperson sowie Alter bevorzugt? | |
| Weitere Anmerkungen/ Hinweise auf Kontaktpersonen mit Kontaktdaten | |

Votum/Empfehlung des SGPS:

Vermittlung an Leistungsanbieter (Kontaktdaten):

Sowohl der beauftragte Leistungsanbieter wie auch der Sozialpsychiatrische Dienst Berlin Mitte erhalten die leiffadenbasierte Fallvorstellung zur Kenntnis.

Ein Exemplar verbleibt beim Teilhabefachdienst Berlin Mitte.

