|  |
| --- |
| **EGYÉNI GONDOZÁSI TERV** |
| **Név:**  |  |
| **Nyilvántartási szám:** |  |
| Törvényes képviselő neve:  |  |
| Fogyatékosság típusa, mértéke:  |  |
| A gondozást befolyásoló - lakókörnyezet jellemzői, - természetes támogató környezet, - kapcsolati háló  |  |
| Támogató szolgálattól igényelt tevékenységek:  |  |
| Gyógyászati segédeszközök használata:  |  |
| A gondozási terv készítésének időpontja:  |  |
| Személyi segítő neve:  |  |
| Felülvizsgálat tervezett időpontja:  |  |
| ……………………………szolgálatvezető | ……………………………felelős személyi segítő | ……………………………ellátott vagy törvényes képviselője |
| **4/1.**  | **GONDOZÁSI, ÁPOLÁSI****TEVÉKENYSÉGEK** | **HÁZTARTÁSI****SEGÍTSÉGNYÚJTÁS** |
| **EGYÉNI SZÜKSÉGLETEK**  |  |  |
| **GONDOZÁSI CÉLOK**  |  |  |
| **GONDOZÁSI FELADATOK**  |  |  |
| **MÓDSZEREK**  |  |  |
| **TELJESÍTÉS IDEJE**  |  |  |
| **EREDMÉNY**  |  |  |
| **FELÜLVIZSGÁLAT**  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4/2.**  | **FELÜGYELET BIZTOSÍTÁSA** | **SEGÍTSÉGNYÚJTÁS SZOLGÁLTATÁSOK****IGÉNYBEVÉTELÉBEN** |
| **EGYÉNI SZÜKSÉGLETEK** |  |  |
| **GONDOZÁSI CÉLOK**  |  |  |
| **GONDOZÁSI FELADATOK**  |  |  |
| **MÓDSZEREK**  |  |  |
| **TELJESÍTÉS IDEJE**  |  |  |
| **EREDMÉNY**  |  |  |
| **FELÜLVIZSGÁLAT**  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4/3.**  | **MOBILIZÁCIÓ** | **KÉSZSÉGFEJLESZTÉS** |
| **EGYÉNI SZÜKSÉGLETEK** |  |  |
| **GONDOZÁSI CÉLOK**  |  |  |
| **GONDOZÁSI FELADATOK**  |  |  |
| **MÓDSZEREK**  |  |  |
| **TELJESÍTÉS IDEJE**  |  |  |
| **EREDMÉNY**  |  |  |
| **FELÜLVIZSGÁLAT**  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4/4.**  | **SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉGEK****TÁMOGATÁSA** | **MENTÁLIS****SEGÍTSÉGNYÚJTÁS** |
| **EGYÉNI SZÜKSÉGLETEK** |  |  |
| **GONDOZÁSI CÉLOK**  |  |  |
| **GONDOZÁSI FELADATOK**  |  |  |
| **MÓDSZEREK**  |  |  |
| **TELJESÍTÉS IDEJE**  |  |  |
| **EREDMÉNY**  |  |  |
| **FELÜLVIZSGÁLAT**  |  |  |