



## Blatt 2 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Durchgeführte Gespräche:	Anzahl der Kontakte	Dauer der Kontakte (Std.)
1. Einzelgespräch		
2. Paargespräch / Familiengespräch		
3. Reha-Fachberater		
4. Rehabilitationsklinik		
5. Agentur für Arbeit / Jobcenter		
6. Arbeitgeber		
7. Hausarzt / Facharzt		
8. Integrationseinrichtungen		
9. Sozialamt		
10. Schuldnerberatung		
11. Jugendamt		
12. Sozialarbeiter		
13. Geistlicher		
14. Rechtsanwalt		
15. Kommunaler Hilfsdienst / sozialpsychiatrischer Dienst		
16. Sonstige:		
Gesamtanzahl/-dauer		Stunden

**Vereinbarte Maßnahmen:** Hinweise: Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die im Rahmen des Fallmanagement initiiert wurden und noch nicht angetreten oder abgeschlossen sind.

Therapeutische Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiter- bzw. Mitbehandlung
Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben			
<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> veränderte Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/> LTA	Welche?
Sonstige Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> sonstige Anregung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
Erläuterungen:			

### Blatt 3 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

**Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele (bei Bedarf Extra-Blatt verwenden):**

Ort, Datum:

Fallmanager/in: Unterschrift und Stempel



## Blatt 2 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Durchgeführte Gespräche:	Anzahl der Kontakte	Dauer der Kontakte (Std.)
1. Einzelgespräch		
2. Paargespräch / Familiengespräch		
3. Reha-Fachberater		
4. Rehabilitationsklinik		
5. Agentur für Arbeit / Jobcenter		
6. Arbeitgeber		
7. Hausarzt / Facharzt		
8. Integrationseinrichtungen		
9. Sozialamt		
10. Schuldnerberatung		
11. Jugendamt		
12. Sozialarbeiter		
13. Geistlicher		
14. Rechtsanwalt		
15. Kommunaler Hilfsdienst / sozialpsychiatrischer Dienst		
16. Sonstige:		
Gesamtanzahl/-dauer		Stunden

**Vereinbarte Maßnahmen:** Hinweise: Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die im Rahmen des Fallmanagement initiiert wurden und noch nicht angetreten oder abgeschlossen sind.

Therapeutische Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiter- bzw. Mitbehandlung
Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben			
<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> veränderte Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/> LTA	Welche?
Sonstige Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> sonstige Anregung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
Erläuterungen:			

### Blatt 3 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

**Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele (bei Bedarf Extra-Blatt verwenden):**

Ort, Datum:

Fallmanager/in: Unterschrift und Stempel



## Blatt 2 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

Durchgeführte Gespräche:	Anzahl der Kontakte	Dauer der Kontakte (Std.)
1. Einzelgespräch		
2. Paargespräch / Familiengespräch		
3. Reha-Fachberater		
4. Rehabilitationsklinik		
5. Agentur für Arbeit / Jobcenter		
6. Arbeitgeber		
7. Hausarzt / Facharzt		
8. Integrationseinrichtungen		
9. Sozialamt		
10. Schuldnerberatung		
11. Jugendamt		
12. Sozialarbeiter		
13. Geistlicher		
14. Rechtsanwalt		
15. Kommunaler Hilfsdienst / sozialpsychiatrischer Dienst		
16. Sonstige:		
Gesamtanzahl/-dauer		Stunden

**Vereinbarte Maßnahmen:** Hinweise: Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die im Rahmen des Fallmanagement initiiert wurden und noch nicht angetreten oder abgeschlossen sind.

Therapeutische Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Paargespräche / Familiengespräche	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> medizinische Weiter- bzw. Mitbehandlung
Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben			
<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> veränderte Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/> LTA	Welche?
Sonstige Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> sonstige Anregung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
Erläuterungen:			



### Blatt 3 zum Abschlussbericht des Fallmanagements

Name, Vornamen, Geburtsdatum

**Verlauf des Fallmanagements / erreichte Ziele (bei Bedarf Extra-Blatt verwenden):**

Ort, Datum:

Fallmanager/in: Unterschrift und Stempel