



Landkreis Nienburg/Weser  
 Fachbereich Jugend  
 Fachdienst ASD  
 Frau / Herr  
 Kreishaus am Schlossplatz  
 31582 Nienburg

Träger

Fachkraft  
 Hilfeform

## Standardisierte Zielüberprüfung (bitte komplett ausfüllen)

Familie/Kinder/ Jugendlicher:						
	Geburtstag:					
	Wohnort/Adresse:					
	Schule/Klasse/Kita:					
berichteter Zeitraum:	von:			bis:		
Bericht Nr.:	Anfangsbericht <input type="checkbox"/>		Arbeitsbericht <input type="checkbox"/>		Abschlussbericht <input type="checkbox"/>	
bisheriger Hilfeverlauf (alle aktuellen Hilfen)	Hilfen	von	bis	Std./ Monat		

alle Angaben beziehen sich auf den berichteten Zeitraum!	
<b>1. kurzer Hilfeverlauf/aktuelle Situation: bitte für jedes Familienmitglied einzeln ausfüllen!</b> <small>(familiäre Situation, Schule/Kita/Ausbildungsstätte., physischer und psychischer Gesundheitszustand, Freizeit/sozialer Kontakt, Umgänge)</small>	
<b>2. Anmerkungen zum Maßnahmenverlauf/Tätigkeitsschwerpunkte</b> <small>auch Absprachen, hilfreiche Methoden und Ideen, Herangehensweisen, neu entdeckte oder reaktivierte Ressourcen, Irritationen, Unsicherheiten und Klärungsbedarf.</small>	
<b>3. Wie beurteilten die Beteiligten den Verlauf der Hilfemaßnahme?</b> <b>Wie wurde die Maßnahme wahrgenommen, wurden die Erwartungen erfüllt?</b> <small>1. Anmerkungen aus Sicht der betreuten Person(en)          2. Anmerkungen aus Sicht der Betreuer          3. Anmerkungen aus Sicht der Angehörigen</small>	

4.. Zielformulierungen					
Zielformulierungen des Hilfeplanes vom:					
4.1. Leitziele		Zielerreichung:			Anmerkungen
		vollständig	teilweise	nicht	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2. Mittlerziele		Zielerreichung:			Anmerkungen
		vollständig	teilweise	nicht	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3. Handlungsziele		Zielerreichung:			Anmerkungen
		vollständig	teilweise	nicht	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4. Wurden zusätzliche Ziele formuliert? Wenn ja, welche?				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5. Werden zusätzliche Hilfen benötigt? Wenn ja, welche? Sind fachliche Ressourcen ausreichend oder bestehen weitere Notwendigkeiten?					
6. Warum soll/ kann die Hilfe beendet/ fortgesetzt bzw. verändert werden? Hier auch Angabe des Willens der zu betreuenden Person(en). Entspricht die angebotene Hilfe dem Hilfebedarf?; Kann die Hilfe mit dem vereinbarten Zeitkontingent geleistet werden?					
7. Anmerkungen					

Erstellt von:

Erstellt am:

Durchschrift an: ASD   
 Familie   
 mit den Eltern besprochen

Anlagen:  
 mit Verselbständigungsbogen (EB)  
 ja   
 nein   
 Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift (Fachkraft des Trägers)