|  |
| --- |
| 1. **Personenbezogene Daten** Az.      [ ]
 |
| Name, Vorname **,**  | Geschlecht: [ ] weiblich [ ] männlich [ ]  trans/inter |
| Geburtsdatum      | Geburtsort      |
| FamilienstandBitte auswählen | Staatsangehörigkeit      | Aufenthaltsstatus      |
| Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung, ggfs. Einrichtungsnr. nach QUOTAS):      |
| Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort:      |
| Telefonnummer      | Fax      | Mobil      | E-Mail      |
| 1. **Vorgeschichte und aktuelle Situation** [ ]
 |
| * 1. Eltern
 |
| Vater | [ ]  leiblicher Elternteil[ ]  Adoptiv- [ ]  Pflegeelternteil[ ]  verstorben am       | Mutter | [ ]  leiblicher Elternteil[ ]  Adoptiv- [ ]  Pflegeelternteil[ ]  verstorben am       |
| Name, Vorname      Anschrift      Tel., Fax, E-Mail      | Name, Vorname      Anschrift      Tel., Fax, E-Mail      |
| Die Eltern sind Bitte auswählen |
| * 1. Geschwister: [ ]  keine Geschwister

Anzahl:     , Geb.daten:      |
| * 1. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute [ ]
 |
| Jahr |  Lebensverlauf / Wohnsituation |
|            |            |
| Aktuelle Wohnsituation: [ ]  allein lebend [ ]  im Familienverband [ ]  in einer Wohngemeinschaft [ ]  [ ]  in einer Pflegefamilie [ ]  in einer Einrichtung [ ]  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Vorschulische / Schulische Situation [ ]  ohne Schulabschluss [ ]
 |
| Krippe | Name, Anschrift      | von bis            |
| Kindergarten | Name, Anschrift      | von bis            |
| Hort | Name, Anschrift      | von bis            |
| Schule | Name, Anschrift                | von bis                                  |
| Ausbildung | Name, Anschrift  | von bis            |
| Sonstiges | Name, Anschrift       | von bis            |

|  |
| --- |
| * 1. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen) [ ]
 |
| [ ]  Kindergeld[ ]  Kindesunterhalt[ ]  BAföG / BAB[ ]  Krankengeld[ ]  existenzsichernde Leistungen [ ]  Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. Unfall-/ Waisen-/ Sonstige)[ ]  Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII)[ ]  Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht[ ]  Sonstiges:       | Vermögen (z.B. Lebensversicherungen)[ ]  ja [ ]  neinSchulden[ ]  nein[ ]  ja, ca. in €       |

|  |
| --- |
| 1. **Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)** [ ]
 |
| Bezeichnung / Beschreibung | ICD-Code | festgestellt durch | am |
|         |       |       |        |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| 1. **Hinweise zu Körperstrukturen und –funktionen** [ ]
 |
| Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und –funktionen vor? | festgestellt durch | am |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| Aktuelle Medikation:       |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Art der Beeinträchtigung(en)** (Mehrfachnennungen möglich) [ ] i.S. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX
 |
| Es liegt eine [ ]  drohende [ ]  körperliche [ ]  seelische [ ]  geistige [ ] Sinnes-  Beeinträchtigung vor. |
| Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis |
| [ ]  ist beantragt [ ]  ist ausgestellt bis      , GdB      [ ]  unbefristet[ ]  wurde abgelehnt [ ]  Gleichstellung  |
| Merkzeichen: [ ]  H (Hilfslosigkeit) [ ]  Bl (Blindheit) [ ]  RF (Rundfunk/Fernsehen) [ ]  B (Begleitperson) [ ]  TBl (Taubblindheit) [ ]  G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) [ ]  Gl (Gehörlosigkeit) [ ]  aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)[ ]  VB (Versorgungsberechtigt)  |

|  |
| --- |
| 1. **Mögliche Verursachung durch Dritte** [ ]  nein[ ]
 |
| **Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung) zurück?** |
| [ ]  ja | **Inanspruchnahme** (Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail) - Sachverhaltsschilderung - evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.)      |
| **Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)**[ ]  OEG [ ]  IFSG Bezeichnung der Schädigungsfolgen:      Grad der Schädigung:      Datum aktueller Bescheid:       |

|  |
| --- |
| 1. **Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)** [ ]
 |
| [ ]  keine Einstufung[ ]  Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am      [ ]  Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am      [ ]  Eingestuft in Pflegegrad [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 , Beginn der Anerkennung:       |
| Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)      |

|  |
| --- |
| 1. **Umweltfaktoren**
 |
| * 1. Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft[ ]
 |
|  Inhaber der elterlichen Sorge/Personensorge  [ ]  Kindesmutter ggf. Art der Sorgerechtsübertragung [ ]  Kindesvater [ ]  Vormundschaft [ ]  beide Elternteile [ ]  Vermögenspflegschaft [ ]  Vormundschaft / Pflegschaft [ ]  Art der Pflegschaft:       Beschluss vom      , Az.:       (bitte Nachweis beifügen) |
| Name, Vorname     Anschrift      |
| Telefonnummer      | Fax      | Mobil      | E-Mail      |

|  |
| --- |
| 8.2 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB [ ]  |
| [ ]  ja, durch Beschluss vom       Befristet bis      Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen:       |

|  |
| --- |
| 8.3 Krankenversicherung [ ]  |
| Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer               [ ]  freiwillig versichert [ ]  pflichtversichert [ ]  familienversichert [ ]  privat versichert [ ]  beihilfeberechtigt [ ] § 264 SGB V |

|  |
| --- |
| * 1. Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel [ ]
 |
| *
*
 |

|  |
| --- |
| * 1. Ressourcen [ ]
 |
| **Bisherige Unterstützung** | **Inanspruchnahme*** Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen
* Leistungsumfang und –dauer
 | **aktivierbar** |
| [ ]  | Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich |                | [ ]  |
| [ ]  | Unterstützung / Förderung schulischer Bereich |            | [ ]  |
| [ ]  | Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie usw.) |            | [ ]  |
| [ ]  | Psychologische Unterstützung |            | [ ]  |
| **Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen** **anderer Leistungsträger** |  |
| [ ]  | Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche) |            | [ ]  |
| [ ]  | Sozialraum |            | [ ]  |
| [ ]  | Sozialberatung |            | [ ]  |
| [ ]  | Schuldnerberatung |            | [ ]  |
| [ ]  | Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX) |            | [ ]  |
| [ ]  | Sozialpsychiatrischer Dienst |            | [ ]  |
| [ ]  | Suchtberatung |            | [ ]  |
|[ ]  Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III) |            | [ ]  |
| [ ]  | Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V) |            | [ ]  |
| [ ]  | Häusliche Krankenpflege (SGB V) |            | [ ]  |
| [ ]  | Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V) |            | [ ]  |
|[ ]  Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik |            | [ ]  |
| [ ]  | Institutsambulanz (SGB V) |            | [ ]  |
| [ ]  | Psychotherapie (SGB V) |            | [ ]  |
| [ ]  | Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation (SGB VI) |            | [ ]  |
| [ ]  | Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) |            | [ ]  |
| [ ]  | Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII) |            | [ ]  |
| [ ]  | Integrationsfachdienst (SGB IX) |            | [ ]  |
| [ ]  | Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII) |            | [ ]  |
| [ ]  | Leistungen der Pflegekasse (SGB XI) |            | [ ]  |
| [ ]  | Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) |            | [ ]  |
| [ ]  | Mobilitätshilfen (SGB XII) |            | [ ]  |
| [ ]  | Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)  |            | [ ]  |
| [ ]  | Sonstige Hilfen |            | [ ]  |

|  |
| --- |
| * 1. Bezugspersonen, Person des Vertrauens [ ]
 |
| Name, Vorname     Anschrift      |
| Telefonnummer      | Fax      | Mobil      | E-Mail      |
| Art der Beziehung      |

|  |
| --- |
| Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)     , Datum  |