|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Personenbezogene Daten** Az. | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname  **,** | | | | | | | | Geschlecht:  weiblich männlich  trans/inter | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | Geburtsort | | | | | | | |
| Familienstand  Bitte 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  nein  Schulden  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 |