

1. Personenbezogene Daten		
Name, Vorname ,		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter		
Geburtsdatum	Geburtsort	
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus
Anschrift: (bei aktuellem Aufenthalt in Einrichtungen zusätzlich letzte Anschrift außerhalb von Einrichtungen)		
Ggf. abweichender aktueller Aufenthaltsort (z.B. Wohnheim, Familie, Freunde)		
Telefonnummer	Mobil	E-Mail
2. Vorgeschichte und aktuelle Situation		
2.1. Kinder: Anzahl: , Alter: , davon im eigenen Haushalt lebend		
2.2. Wohn- und Lebensverhältnisse in der Vergangenheit und heute		
Jahr	Wohn-/Lebenssituation	
2.3. Schulische / berufliche Situation		
erreichter Schulabschluss		
weitere Bildungsabschlüsse		
erlernter Beruf		
zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen		
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen		
2.4. Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute		
Jahr	Arbeitsverhältnis / Tätigkeit	
2.5. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)		
<input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel)Alters-/ EM-/ Sonstige) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht <input type="checkbox"/> Unterhalt von Ehe-/Lebenspartner/in, Angehörigen <input type="checkbox"/> Krankengeld/Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III) <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II) <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Sonstiges:		<input type="checkbox"/> Vermögen (z.B. Wohneigentum, Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> Schulden, ca. in €

Name, Vorname _____ Az. _____

3. Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen ICD 10		
Bezeichnung/Code	festgestellt durch	am
•		
•		
•		
•		
•		

4. Hinweise zu Körperstrukturen und -funktionen	
Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen vor?	Ursache
•	
•	
•	
•	

5. Art der Beeinträchtigung(en) i.S. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX	
Es liegt eine <input type="checkbox"/> körperliche <input type="checkbox"/> seelische <input type="checkbox"/> geistige <input type="checkbox"/> Sinnes- Beeinträchtigung vor.	
Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis	
<input type="checkbox"/> ist beantragt	
<input type="checkbox"/> wurde abgelehnt	
<input type="checkbox"/> ist ausgestellt bis _____, GdB _____, Merkzeichen _____	
<input type="checkbox"/> Gleichstellung	

6. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)	
<input type="checkbox"/> keine Einstufung	
<input type="checkbox"/> Antrag ist gestellt am _____	
<input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Zuständige Pflegekasse _____	

Name, Vorname _____ Az. _____

7. Umweltfaktoren		
7.1. Rechtliche Vertretung		
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r) oder Beistand i.S. § 20 (3) SGB IX i.V.m. 13 SGB X <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung Wirkungskreise <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für befristet bis _____ Ist geplant <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post <input type="checkbox"/> Vermögenssorge		
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon	Mobil	E-Mail

7.2. Krankenversicherung		
Name, Anschrift, Tel., Fax, E-Mail		
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> § 264 SGB V

7.3. Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger			
Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel			
<ul style="list-style-type: none"> • • • 			
		Inanspruchnahme	akti- vier- bar
		- Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail - Leistungsumfang und –dauer	
<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sozialraum		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung		<input type="checkbox"/>

Name, Vorname _____ Az. _____

<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Soziotherapie (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Berufliche und medizinische Rehabilitation (SGB VI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)		<input type="checkbox"/>

Name, Vorname _____ Az. _____

<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGBXII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (z.B. Opferentschädigung)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen		<input type="checkbox"/>

7.4. Bezugspersonen, Person des Vertrauens

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

mobil

Email

Art der Beziehung

Ort, Datum, Unterschrift