



Basisdaten – Kinder und Jugendliche

bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Bogen A KJ

1. Personenbezogene Daten		
Name, Vorname		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter		
Geburtsdatum	Geburtsort	
derzeitiger 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. Eltern		
Vater		Mutter
Name, Vorname <input type="checkbox"/> verstorben am	Name, Vorname <input type="checkbox"/> verstorben am	
Anschrift	Anschrift	
Tel., Fax, E-Mail	Tel., Fax, E-Mail	
Die Eltern sind <input type="checkbox"/> miteinander verheiratet <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> voneinander geschieden		
2.2. Wohn- und Lebensverhältnisse in der Vergangenheit und heute		
Jahr	Wohn-/Lebenssituation	
2.3. Vorschulische / Schulische Situation		
Krippe	Name, Anschrift	von bis
Kindergarten	Name, Anschrift	von bis
Hort	Name, Anschrift	von bis
Schule	Name, Anschrift	von bis

Name, Vorname _____ Az. _____

2.4. Finanzielle Situation	
<input type="checkbox"/> Kindergeld / Kinderzuschlag <input type="checkbox"/> Kindesunterhalt <input type="checkbox"/> BAföG / BAB / Ausbildungsförderung / Ausbildungsgeld <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> existenzsichernde Leistungen <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. Unfall-/ Waisen-/ Sonstige) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Vermögen (z.B. Lebensversicherungen, Erbsprüche) <input type="checkbox"/> Schulden, ca. in €

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)	
Es liegt eine <input type="checkbox"/> körperliche <input type="checkbox"/> seelische <input type="checkbox"/> geistige <input type="checkbox"/> Sinnes- Beeinträchtigung i.S. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX 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	
<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. Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft

Inhaber der elterlichen Sorge/Personensorge		ggf. Art der Sorgerechtsübertragung	
<input type="checkbox"/> Kindesmutter	<input type="checkbox"/> Kindesvater	<input type="checkbox"/> Vormundschaft	
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Vormundschaft / Pflegschaft	<input type="checkbox"/> Vermögenspflegschaft	<input type="checkbox"/> Art der Pflegschaft:
Beschluss vom _____, Az.: _____		(bitte Nachweis beifügen)	
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	Mobil	E-Mail	

7.2. Krankenversicherung

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

7.3. Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel

<ul style="list-style-type: none">
--

7.4 Ressourcen

	Bisherige Unterstützung	Inanspruchnahme	akti- vier- bar
		- Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail - Leistungsumfang und -dauer	
<input type="checkbox"/>	Heilpädagogische Unterstützung / Förderung vorschulischer Bereich		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Unterstützung / Förderung schulischer Bereich		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie usw.)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychologische Unterstützung		<input type="checkbox"/>

Name, Vorname _____ Az. _____

	Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger	- Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail – - Leistungsumfang und -dauer	akti- vier- bar
<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)		
<input type="checkbox"/>	Sozialraum		
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung		<input type="checkbox"/>
<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"/>	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"/>	Berufliche und medizinische Rehabilitation (SGB VI)		<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"/>

Name, Vorname _____ Az. _____

<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (KOF/KOV)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGBXII)		<input type="checkbox"/>

7.5 Bezugspersonen, Person des Vertrauens		
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefonnummer	Mobil	E-Mail
Art der Beziehung		

Ort, Datum, Unterschrift
