

Basisdaten – Kinder und Jugendliche



Bogen A KJ

Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Änderung bei Fortschreibung ▼

1. Personenbezogene Daten		Az. <input type="checkbox"/>	
Name, Vorname ,		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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
2. Vorgeschichte und aktuelle Situation		<input type="checkbox"/>	
2.1. Eltern			
Vater <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am		Mutter <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Anschrift		Anschrift	
Tel., Fax, E-Mail		Tel., Fax, E-Mail	
Die Eltern sind Bitte auswählen			
2.2. Geschwister: <input type="checkbox"/> keine Geschwister			
Anzahl: , Geb.daten:			
2.3. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute		<input type="checkbox"/>	
Jahr	Lebensverlauf / Wohnsituation		
Aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
2.4. Vorschulische / Schulische Situation		<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/>	
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

Änderung bei Fortschreibung ▼

Sonstiges	Name, Anschrift	von	bis
-----------	-----------------	-----	-----

2.5. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Kindesunterhalt <input type="checkbox"/> BAföG / BAB <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:	Vermögen (z.B. Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in €

3. Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel) <input type="checkbox"/>			
Bezeichnung / Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch	am

4. Hinweise zu Körperstrukturen und –funktionen <input type="checkbox"/>		
Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und –funktionen vor?	festgestellt durch	am
Aktuelle Medikation:		

5. Art der Beeinträchtigung(en) (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/>	
i.S. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX	
Es liegt eine <input type="checkbox"/> drohende <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"/> ist ausgestellt bis _____, GdB <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Gleichstellung	
Merkzeichen:	
<input type="checkbox"/> H (Hilfslosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt)	

6. Mögliche Verursachung durch Dritte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
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?

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/> 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:

7. 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)

8. Umweltfaktoren

8.1 Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft

Inhaber der elterlichen Sorge/Personensorge

<input type="checkbox"/> Kindesmutter	ggf. Art der Sorgerechtsübertragung
<input type="checkbox"/> Kindsvater	
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Vormundschaft
<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	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

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

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

8.5 Ressourcen <input type="checkbox"/>			
	Bisherige Unterstützung	Inanspruchnahme - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen - Leistungsumfang und –dauer	akti- vier- bar
<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"/>
Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger			
<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"/>
<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"/>

Änderung bei Fortschreibung ▼

<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"/>	Berufliche und/oder 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"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)		<input type="checkbox"/>

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen		<input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------	--	--------------------------

8.6 Bezugspersonen, Person des Vertrauens <input type="checkbox"/>			
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
--