

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					
2.1. Kinder: <input type="checkbox"/> keine Kinder					
Anzahl: Geb.daten: , davon im eigenen Haushalt lebend:					
2.2. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute					
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 Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____					
2.3. Schulische Laufbahn / berufliche Situation <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss					
erreichter Schulabschluss					
weitere Bildungsabschlüsse					
erlernter Beruf					
zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen					
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen					
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse					
Sonstiges					
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)			Vermögen (z.B. Eigentum, Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in €		

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II) <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) <input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
---	--

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"/> 1 KI (1. Klasse) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> EB (Entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) <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?	
<input type="checkbox"/> ja	Inanspruchnahme Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail - Sachverhaltsschilderung - evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.)

Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)	
<input type="checkbox"/> OEG <input type="checkbox"/> BVG/HHG <input type="checkbox"/> IFSG <input type="checkbox"/> StrafRehaG/VerwRehaG	
Bezeichnung der Schädigungsfolgen:	
Grad der Schädigung:	
Datum aktueller Bescheid:	

7. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt 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, Beginn der Anerkennung:	
Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)	

8. Umweltfaktoren <input type="checkbox"/>	
8.1 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"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post <input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für befristet bis Ist geplant <input type="checkbox"/>	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefonnummer	Fax
Mobil	E-Mail

8.2 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom Befristet bis Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen:	

8.3 Krankenversicherung <input type="checkbox"/>	
Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer	
<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	

8.4 Verfügbare und aktivierbare Ressourcen <input type="checkbox"/>	
---	--

Änderung bei Fortschreibung ▼

Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel			
<ul style="list-style-type: none"> • • • 			
Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger			<input type="checkbox"/>
		Inanspruchnahme	akti- vier- bar
		- Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen	
		- 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"/>
<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), sonstige therapeutische Unterstützung		<input type="checkbox"/>

Änderung bei Fortschreibung ▼

<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. Opferschädigung)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen		<input type="checkbox"/>

8.5 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