

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 <i>Bitte auswählen</i>			
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"/> 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)

Bezeichnung / Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch	am

4. Hinweise zu Körperstrukturen und –funktionen

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und –funktionen vor?	festgestellt durch	am

Aktuelle Medikation:

5. 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) BI (Blindheit) RF (Rundfunk/Fernsehen)
 B (Begleitperson) TBI (Taubblindheit) G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)
 GI (Gehörlosigkeit) aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
 VB (Versorgungsberechtigt)

6. 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?

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"/> Vormundschaft
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Vermögenspflegschaft
<input type="checkbox"/> Vormundschaft / Pflegschaft	<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	akti- vier- bar
		- Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen - 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"/>
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
--