

Änderung bei Fortschreibung ▼

|   |                               |   |        |
|---|-------------------------------|---|--------|
| <b>1. Personenbezogene Daten</b>  |                               | Az. <input type="checkbox"/>  |        |
| Name, Vorname<br>,  |                               | Geschlecht:<br><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter   |        |
| Geburtsdatum  | Geburtsort                    |   |        |
| Familienstand<br>Bitte auswählen  | Staatsangehörigkeit           | Aufenthaltsstatus   |        |
| Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung, ggfs. Einrichtungsnr. nach QUOTAS):   |                               |   |        |
| Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort:  |                               |   |        |
| Telefonnummer   | Fax                           | Mobil   | E-Mail |
| <b>2. Vorgeschichte und aktuelle Situation</b>  |                               | <input type="checkbox"/>  |        |
| <b>2.1. Eltern</b>  |                               |   |        |
| Elternteil 1<br><input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil<br><input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil<br><input type="checkbox"/> verstorben am   |                               | Elternteil 2<br><input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil<br><input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil<br><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<br>Anzahl: , Geb.daten:  |                               | Kinder: <input type="checkbox"/> keine Kinder<br>Anzahl: Geb.daten: ,<br>davon im eigenen Haushalt lebend:  |        |
| <b>2.3. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute</b>   |                               | <input type="checkbox"/>  |        |
| Jahr  | Lebensverlauf / Wohnsituation |   |        |
| Aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft<br><input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |                               |   |        |
| <b>2.4. Vorschulische / Schulische Situation</b>  |                               | <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    |
| Sonstiges   | Name, Anschrift               | von   | bis    |



Änderung bei Fortschreibung ▼

|  |   |
|--|---|
| 5.2 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>  |   |
| <input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom<br>Befristet bis<br>Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen:  |   |
| 5.3 Krankenversicherung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>  |   |
| Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer   |   |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert<br><input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> § 264 SGB V |   |
| 5.4 Verfügbare Ressourcen <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>  |   |
| Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>   |   |
| 5.5 Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>   |   |
| <b>Bisherige Unterstützung</b>   | <b>Inanspruchnahme</b><br>- Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen<br>- 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"/>  |
| <b>Verfügbare und aktivierbare Ressourcen einschl. Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)   | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Sozialraum  | <input type="checkbox"/>  |

Änderung bei Fortschreibung ▼

|                          |  |  |                          |
|--------------------------|--|--|--------------------------|
| <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)                                     |  | <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"/> |

Änderung bei Fortschreibung ▼

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

|  |     |       |        |                          |
|--|-----|-------|--------|--------------------------|
| <b>8.4 Bezugspersonen, Person des Vertrauens</b> |     |       |        | <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   |