

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
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?	
<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)	
<input type="checkbox"/> OEG <input type="checkbox"/> IFSG	
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			
8.1 Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft <input type="checkbox"/>			
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 <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"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> familienversichert	
<input type="checkbox"/> § 264 SGB V	

8.4 Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel <input type="checkbox"/>	
<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	

Änderung bei Fortschreibung ▼

<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"/>
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>

Änderung bei Fortschreibung ▼

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

8.6 Bezugspersonen, Person des Vertrauens

Änderung bei Fortschreibung ▼

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			