

Basisdaten – Erwachsene

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						
Elternteil 1		<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am		Elternteil 2		
		<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. Kinder: <input type="checkbox"/> keine Kinder						
Anzahl: Geb.daten: , davon im eigenen Haushalt lebend:						
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"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____						
2.4. Schulische Laufbahn / berufliche Situation				<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>
erreichter Schulabschluss						
weitere Bildungsabschlüsse						
erlernter Beruf						
zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen						
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen						
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse						
Sonstiges						
2.5. Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute				<input type="checkbox"/>		
Jahr		Arbeitsverhältnis / Tätigkeit				

Änderung bei Fortschreibung ▼

2.6. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen) <input type="checkbox"/>	
<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) <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II) <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) <input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Vermögen (z.B. Eigentum, Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in €

3. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt. <input type="checkbox"/> Ein Erstantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Ein Neufstellungsantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom durch , GdB <input type="checkbox"/> Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis , GdB <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> Es liegt eine Gleichstellung vor; Bescheid vom durch	
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)	

4. 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)	

5. Umweltfaktoren <input type="checkbox"/>	
5.1 Rechtliche Vertretung <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Keine 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"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post <input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge	

Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für befristet bis <input type="checkbox"/> ist / wird beantragt			
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail

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

5.3 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	

5.4 Verfügbare Ressourcen		<input type="checkbox"/>
Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel		
<ul style="list-style-type: none"> 		
Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger		<input type="checkbox"/>
		Inanspruchnahme - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen Leistungsumfang und –dauer
<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	
<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"/>

Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<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"/>
<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"/>

Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

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

5.5 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