

# Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

|   |  |   |       |  |   |                          |
|---|--|---|-------|--|---|--------------------------|
| <b>1. Personenbezogene Daten</b>  |  |   |       | Az   | <input type="checkbox"/>                      |                          |
| Name, Vorname<br>,  |  | Geschlecht:   |       |  |   |                          |
|   |  | <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  |  | <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil<br><input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil<br><input type="checkbox"/> verstorben am |       | Elternteil 2                                 |   |                          |
|   |  | <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 Bitte auswählen   |  |   |       |  |   |                          |
| <b>2.2. Kinder:</b> <input type="checkbox"/> keine Kinder   |  |   |       |  |   |                          |
| Anzahl:      Geb.daten:      , 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 <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |   |       |  |   |                          |
| <b>2.4. Schulische Laufbahn / berufliche Situation</b>  |  |   |       | <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   |  |   |       |  |   |                          |
| <b>2.5. Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute</b>  |  |   |       | <input type="checkbox"/>                     |   |                          |
| Jahr  |  | Arbeitsverhältnis / Tätigkeit   |       |  |   |                          |
|   |  |   |       |  |   |                          |

Änderung bei Fortschreibung ▼

|  |  |
|--|--|
|  |  |
| <b>2.6. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>  |  |
| <input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufstätigkeit<br><input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel)Alters-/ EM-/ Sonstige)<br><input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII)<br><input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht<br><input type="checkbox"/> Unterhalt von Ehe-/Lebenspartner/in, Angehörigen<br><input type="checkbox"/> Krankengeld/Übergangsgeld<br><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III)<br><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II)<br><input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)<br><input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)<br><input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG)<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: | Vermögen (z.B. Eigentum, Lebensversicherungen)<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br>Schulden<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in € |

|  |  |
|--|--|
| <b>3. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>   |  |
| <input type="checkbox"/> Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt.<br><input type="checkbox"/> Ein Erstantrag wurde gestellt am<br><input type="checkbox"/> Ein Neufstellungsantrag wurde gestellt am<br><input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt<br><input type="checkbox"/> Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom            durch            , GdB<br><input type="checkbox"/> Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis            , GdB <input type="checkbox"/> unbefristet<br><input type="checkbox"/> Es liegt eine Gleichstellung vor; Bescheid vom            durch |  |
| Merkzeichen:<br><input type="checkbox"/> H (Hilfslosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> 1 KI (1. Klasse)<br><input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt<br><input type="checkbox"/> EB (Entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen)<br><input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)<br><input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt)                                     |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>4. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>   |  |
| <input type="checkbox"/> keine Einstufung<br><input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am<br><input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am<br><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)  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>5. Umweltfaktoren</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>  |  |
| <b>5.1 Rechtliche Vertretung</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>  |  |
| <input type="checkbox"/> Keine rechtliche Vertretung<br><input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r) oder Beistand i.S. § 20 (3) SGB IX i.V.m. 13 SGB X<br><input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung<br>Wirkungskreise<br><input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge<br><input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post<br><input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge |  |

# Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

|   |     |       |        |
|---|-----|-------|--------|
| <input type="checkbox"/> Sonstige:<br><input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für<br>befristet bis<br><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<br>Befristet bis<br>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<br><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"> <li></li> <li></li> <li></li> </ul> |   |   |
| Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger                     |   | <input type="checkbox"/>  |
|  |   | <b>Inanspruchnahme</b><br>- Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen<br>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   |