

I) Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute	
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: _____
Kinder	<input type="checkbox"/> Keine Kinder <input type="checkbox"/> Kinder: Anzahl: _____, davon im Haus lebend: _____ Geburtsdaten: _____
II) Schulische Laufbahn/berufliche Situation	
Schulabschluss vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berufsabschluss vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erreichter Schulabschluss	
Weitere Bildungsabschlüsse	
Erlerner Beruf	
Zuletzt ausgeübte/r Beruf oder Beschäftigung	
Arbeits-/berufsfördernde Maßnahmen	
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse	
Sonstiges	
Jahr	Arbeitsverhältnisse
III) Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)	
Einstufung	<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): _____
IV) Gesundheit	
Aktuelle Diagnose nach ICD 10 (bitte Arztberichte beifügen)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden
Art der Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigung
Mögliche Verursachung durch Dritte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch: _____

V) Umweltfaktoren	
Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom: _____ Befristet bis: _____ Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: _____ _____
Verfügbare Ressourcen	Hilfsprodukte und Hilfsmittel <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
VI) Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger	
Art	Inanspruchnahme (Namen, Ansprechpartner, Telefon, ggf. Aktenzeichen, Leistungsumfang)
<input type="checkbox"/> Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	
<input type="checkbox"/> Sozialraum	
<input type="checkbox"/> Sozialberatung	
<input type="checkbox"/> Schuldnerberatung	
<input type="checkbox"/> Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)	
<input type="checkbox"/> Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/> Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)	
<input type="checkbox"/> Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik	

<input type="checkbox"/> Institutsambulanz (SGB V)	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung	
<input type="checkbox"/> Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	
<input type="checkbox"/> Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
<input type="checkbox"/> Integrationsfachdienst (SGB IX)	
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
<input type="checkbox"/> Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Mobilitätshilfen (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)	
<input type="checkbox"/> sonstige Hilfen	
Bezugsperson, Person des Vertrauens	Name, Vorname _____ Anschrift _____ _____ _____ Telefonnummer: _____ Art der Beziehung: _____ _____

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in