

I) Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute	
Jahr	Lebensverlauf/Wohnsituation
Aktuelle Wohnsituation	☐ allein lebend ☐ im Familienverband ☐ in einer Wohngemeinschaft ☐ in einer Pflegefamilie ☐ in einer Einrichtung ☐ Sonstiges: _____
Kinder	☐ Keine Kinder ☐ Kinder: Anzahl: _____, davon im Haus lebend: _____ Geburtsdaten: _____
Geschwister	☐ Keine Geschwister ☐ Geschwister: Anzahl: _____, davon im Haus lebend: _____ Geburtsdaten: _____
II) Schulische Laufbahn/berufliche Situation	
Krippe	
Kindergarten	
Hort	
Schule	 Schulabschluss vorhanden ☐ ja ☐ nein
Ausbildung	
Sonstiges	
III) Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)	
Einstufung	☐ keine Einstufung ☐ Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____ ☐ Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____ ☐ Eingestuft in Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Beginn der Anerkennung: _____ Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen): _____ _____
IV) Gesundheit	
Aktuelle Diagnose nach ICD 10 (bitte Arztberichte beifügen)	☐ nicht vorhanden ☐ vorhanden
Art der Beeinträchtigung	☐ körperlich ☐ seelisch ☐ geistig ☐ Sinnesbeeinträchtigung
Mögliche Verursachung durch Dritte	☐ nein ☐ ja, durch: _____ _____

V) Umweltfaktoren	
Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB	☐ nein ☐ ja, durch Beschluss vom: _____ Befristet bis: _____ Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: _____
Verfügbare Ressourcen	Hilfsprodukte und Hilfsmittel ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____
VI) Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger	
Bisherige Unterstützung	Inanspruchnahme (Namen, Ansprechpartner, Telefon, ggf. Aktenzeichen, Leistungsumfang)
☐ Heilpädagogische Unterstützung/Förderung vorschulischer Bereich	
☐ Unterstützung/Förderung schulischer Bereich	
☐ Therapeutische Unterstützung (z.B. Logopädie, Ergotherapie, usw.)	
☐ Psychologische Unterstützung	
Art	Inanspruchnahme (Namen, Ansprechpartner, Telefon, ggf. Aktenzeichen, Leistungsumfang)
☐ Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, usw.)	
☐ Sozialraum	
☐ Sozialberatung	
☐ Schuldnerberatung	
☐ Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)	
☐ Sozialpsychiatrischer Dienst	
☐ Suchtberatung	
☐ Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)	
☐ Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)	
☐ Häusliche Krankenpflege (SGB V)	
☐ Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)	
☐ Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik	
☐ Institutsambulanz (SGB V)	
☐ Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung	

☐ Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation	
☐ Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	
☐ Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)	
☐ Integrationsfachdienst (SGB IX)	
☐ Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)	
☐ Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)	
☐ Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)	
☐ Mobilitätshilfen (SGB XII)	
☐ Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Opferentschädigung)	
☐ sonstige Hilfen	
Bezugsperson, Person des Vertrauens	Name, Vorname _____ Anschrift _____ _____ _____ Telefonnummer: _____ Art der Beziehung: _____ _____

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in, Vormund/in