

# ERMITTLUNG DES INDIVIDUELLEN HILFEBEDARFES FÜR LEISTUNGEN DER TEILHABE IN BADEN-WÜRTTEMBERG - A.) BASISBOGEN - **Kinder und Jugendliche**

<b>1. Erste Bedarfsermittlung vom</b> .....		AZ.:
Fortschreibung der Bedarfsermittlung vom .....		
<b>2.a. Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person (Kind/Jugendlicher)</b>		
Name .....	Vorname .....	Geburtsdatum .....
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter		Nationalität .....
Kindertagesstätte <small>(falls zutreffend)</small> .....	Schule <small>(falls zutreffend)</small> .....	
Schulabschluss .....	in Ausbildung .....	
.....		
<b>2.b. Sorgeberechtigte Personen von 2.a.:</b>		
Mutter, Name .....	Vorname .....	Geburtsdatum .....
		Nationalität .....
Vater, Name .....	Vorname .....	Geburtsdatum .....
		Nationalität .....
andere sb. Person, Name .....	Vorname .....	Geburtsdatum .....
		Nationalität .....
<b>3. Mit Zustimmung bzw. auf Wunsch der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person/der Sorgeberechtigten Kontaktaufnahme zu: (z.B. Erzieherin, Lehrkraft, behandelndem Kinder- und Jugendarzt)</b>		
Name .....	Vorname .....	
Funktion, Institution.....		
PLZ .....	Ort .....	Straße .....
Telefon .....	Fax .....	Email .....
Name .....		
Vorname .....		
Funktion, Institution.....		
PLZ .....	Ort .....	Straße .....
Telefon .....	Fax .....	Email .....

ERMITTLUNG DES INDIVIDUELLEN HILFEBEDARFES FÜR  
LEISTUNGEN DER TEILHABE IN BADEN-WÜRTTEMBERG  
**- A.) BASISBOGEN - Kinder und Jugendliche**

Name .....		Vorname .....	
Funktion, Institution.....			
PLZ .....	Ort .....	Straße .....	
Telefon .....	Fax .....	Email .....	

Name .....		Vorname .....	
Funktion, Institution.....			
PLZ .....	Ort .....	Straße .....	
Telefon .....	Fax .....	Email .....	

<b>4a</b> Vorliegende körperliche, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen bezeichnende Diagnosen n. ICD-10, siehe Medizinische Stellungnahme			
Diagnosen nach ICD-10	.....	.....	.....
Klartext	..... .....		

<b>4b</b> Die Beeinträchtigungen nach 4a. hindern an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft. Diese Teilhabeeinschränkung n. ICF-CY, s. Bogen B.III BEI-KIJU, ist länger als sechs Monate wirksam und:			
drohend wesentlich/erheblich	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
wesentlich/erheblich:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

<b>5. ggfs. Pflegebedürftigkeit nach SGB XI</b>	
<input type="checkbox"/> nicht beantragt	<input type="checkbox"/> beantragt am .....
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 0 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	
<input type="checkbox"/> MdK-Gutachten liegt vor	<input type="checkbox"/> MdK-Gutachten ist angefordert
Anmerkungen/Hinweise	

## ERMITTLUNG DES INDIVIDUELLEN HILFEBEDARFES FÜR LEISTUNGEN DER TEILHABE IN BADEN-WÜRTTEMBERG - A.) BASISBOGEN - **Kinder und Jugendliche**

---

<b>6. ggfs. Grad der Behinderung nach SGB IX: .....</b>	<b>Bescheid vom .....</b>		
Merkzeichen			
<input type="checkbox"/> Feststellungsbescheid liegt vor	<input type="checkbox"/> Feststellungsbescheid ist angefordert		
<b>7. Erforderliche Kommunikationshilfen - <u>Unterstützte Kommunikation</u></b>			
<input type="checkbox"/> keine Kommunikationshilfen erforderlich			
<input type="checkbox"/> Gebärdensprache	<input type="checkbox"/> Visualisierungen	<input type="checkbox"/> Lormen	<input type="checkbox"/> technische Hilfen
<input type="checkbox"/> Kommunikation <u>über Mimik und Körpersprache möglich</u>			
<input type="checkbox"/> andere Kommunikationshilfe erforderlich, nämlich.....			

Ort, Datum

(Unterschrift)