

Elternfragebogen zu den Voraussetzungen von Eingliederungshilfe

gemäß § 53 SGB XII, der Eingliederungshilfeverordnung (VO zu § 60 SGB XII)

I. Hilfesuchendes Kind

Vor- und Zuname		Geschlecht des Kindes
Geburtsdatum / -ort		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Staatsangehörigkeit		
Größe		
Gewicht		

II. Angaben zur Mutter

Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)	
Staatsangehörigkeit	
Berufstätigkeit	
Arbeitgeber	

III. Angaben zum Vater

Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)	
Staatsangehörigkeit	
Berufstätigkeit	
Arbeitgeber	

IV. Gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Vor- und Zuname	
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)	
Telefon / Mobil	

V. Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse	
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)	
Versichertenform	

VI. Bisher beteiligte Ämter bzw. Behörden

Name	
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)	
Zeitpunkt	

VII. Soziale Verhältnisse

Eltern	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> nicht verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden
Derzeitiger Aufenthalt des Kindes	<input type="checkbox"/> bei den Eltern	<input type="checkbox"/> bei der Mutter	<input type="checkbox"/> bei dem Vater	
	<input type="checkbox"/> bei Verwandten	<input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> im Heim	
Geschwister	Geschlecht			
	Geburtsjahr			
	Aufenthalt			

VIII. Beschreibung der Auffälligkeiten

(Verglichen mit dem durchschnittlichen Entwicklungsstand Gleichaltriger fallen folgende Verhaltensweisen und Beeinträchtigungen auf)

Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit
Beeinträchtigung des Interesses an der Umwelt

Beeinträchtigungen beim Auffassen und Einprägen
Auffälligkeiten des Sozialverhaltens (Anpassung, Beziehungen, Steuerung)
Beeinträchtigungen des Hörens oder Verstehens der Lautsprache
Beeinträchtigung der sprachlichen Äußerungsmöglichkeiten
Beeinträchtigung des Sehens
Beeinträchtigung der selbständigen Nahrungsaufnahme
Beeinträchtigung der Beherrschung von Blasen- und Darmentleerung

IX. Bisherige Untersuchungen und Maßnahmen

Wann und durch wen wurden die Auffälligkeiten oder Beeinträchtigungen erstmalig bemerkt?	
Bisherige Untersuchungen (Zeitpunkt und Benennung der untersuchenden Einrichtung)	
Bisherige pädagogische Hilfen oder pädagogisch organisierte Maßnahmen (z. Bsp. Maßnahmen der Jugendhilfe, Pädagogische Frühförderung)	
Wann	
Wie Lange	
Durch wen	
Bisherige ärztliche und ärztlich verordnete sowie psychologische Behandlungsmaßnahmen (z. Bsp. Krankengymnastik, Sprachheilbehandlung, Ergotherapie, Psychotherapie)	

Art der Behandlung Wann Wie Lange Durch wen Form der Hilfe	<input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär
Art der Behandlung Wann Wie Lange Durch wen Form der Hilfe	<input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär
Bisherige pädagogische oder pädagogisch organisierte Maßnahmen (u.a. Maßnahmen der Jugendhilfe, Pädagogische Frühförderung)	
Art der Behandlung Wann Wie Lange Durch wen Form der Hilfe	<input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär

X. Erklärung des/der gesetzlichen Vertreters/in für die/den Hilfesuchenden

- i.** Ich habe dem untersuchenden Arzt zum Gesundheitszustand meines Kindes wahrheitsgemäße und vollständige Angaben gemacht.
- ii.** Bei konkreten Zweifeln an der Vollständigkeit oder Aussagefähigkeit der schulärztlichen Stellungnahme oder dem darin festgestellten Ergebnis der Beurteilung ist die auftraggebende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für die schulärztliche Stellungnahme maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Dies gilt auch, wenn die Einzeldaten für gerichtliche Streitverfahren benötigt werden.
- iii.** Nr.ii gilt immer nur dann, wenn ich vor der Übermittlung vom untersuchenden Arzt über Inhalt und Umfang der gutachterlichen Feststellungen aufgeklärt worden bin und mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
- iv.** Ich bin weiter darüber informiert, dass ich Einsicht in die bei der Untersuchung meines Kindes gemachten Aufzeichnungen nehmen kann.
- v.** Soweit zur Durchführung der Untersuchung die Beiziehung von Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern, die mein Kind behandelt oder untersucht haben, erforderlich ist, erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht auf gesonderten Formularen, die den betroffenen Arzt, den Untersuchungszweck sowie die angeforderten Unterlagen im Einzelfall bezeichnen.
- vi.** Ich bin über den Zweck der sozialmedizinischen Stellungnahme informiert worden und willige in die Weitergabe einer lediglich zusammenfassenden Ergebnismitteilung an den Fachdienst Jugend in Korbach ein.

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)