

<b>A Falldokumentation zu Beginn der Hilfe</b>		Hilfebeginn am:		Hilfeende am:	
Leistungserbringer		Name			m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Leistungsträger		geb.		Fall-ID:	

Vor Hilfebeginn, am								Kompetenzen, Ressourcen - Problemlagen, Risiken								ca.8 Wo nach Beginn am									
1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7			
								<input type="checkbox"/>	<b>1 MATERIELLE LEBENSGRUNDLAGE</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>2 SCHUTZ VOR RECHTSVERLETZUNG DURCH DRITTE</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>3 KÖRPERLICHE, PSYCHISCHE UND PSYCHOSOMATISCHE GESUNDHEIT</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>4 VERSTÄNDIGUNG UND DEUTSCHE SPRACHKOMPETENZ</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>5 BILDUNGSZUGANG</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>6 BESCHÄFTIGUNG</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>7 SOZIALE KONTAKTE UND INTERAKTIONEN</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>8 LEBENSPrAKTISCHE ALLTAGSKOMPETENZ</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>9 VERARBEITUNG VON TRENNUNG, FLUCHT UND TRAUMA</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>10 INTEGRATION UND IDENTITÄT</b>																<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<b>11 SEXUELLE BILDUNG</b>																<input type="checkbox"/>

Hilfeform	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> intensiv (stat: <1,72; amb: > 10 WoStd)	<input type="checkbox"/> mit Schule/Beruf	Adressat: <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Einzelfall
	<input type="checkbox"/> teilstationär	<input type="checkbox"/> regel	<input type="checkbox"/> mit Therapie / Heilpädagogik	
	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> extensiv (stat: >2,3; amb: < 5 WoStd)	<input type="checkbox"/> mit Familienarbeit	

Hilfeart	<input type="checkbox"/> UMA IO + Clearing	<input type="checkbox"/> Jugendwohngemeinschaft
	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen (34)	<input type="checkbox"/> Nachbetreuung
	<input type="checkbox"/> Betreuungsweisung	<input type="checkbox"/> Regelwohngruppe
	<input type="checkbox"/> Intensiv betreutes Wohnen (34)	

Rechtsgrundlage	<input type="checkbox"/> § 42	<input type="checkbox"/> § 19	<input type="checkbox"/> § 27	<input type="checkbox"/> § 35 a
	<input type="checkbox"/> § 42a	<input type="checkbox"/> § 41	<input type="checkbox"/> § 16-18	<input type="checkbox"/> § 53

HzE vorher	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> teilstationär	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> weniger intensiv	<input type="checkbox"/> ungefähr genauso intensiv	<input type="checkbox"/> intensiver
	<input type="checkbox"/> die vorherige Hilfe führte dieselbe Einrichtung durch (interne Verlegung, Anschlusshilfe)					

andere vorhergehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> berufsfördernde Maßnahme gem. SGB II
	<input type="checkbox"/> sozialräuml. Lösung	<input type="checkbox"/> schulische Fördermaßnahme
	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie / Therapie	<input type="checkbox"/> Haft / Strafvollzug
	<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

Verlauf und der gesamte Datenstand lassen sich besser im Webportal bearbeiten. Der Bogen dient lediglich zu Vorarbeiten. Es sind nicht alle Felder erfasst. Wenn die Daten eingegeben sind, können Formulare und Grafiken ausgedruckt werden.

Verlaufsdokumentation								E Falldokumentation
Datum →								zum Ende der Hilfe, am _____
<input checked="" type="checkbox"/> An dieser Dimension wird gezielt gearbeitet <input type="checkbox"/> keine Zielerreichung (Problem verschärft sich) <input type="checkbox"/> keine (nennenswerte) Veränderung <input type="checkbox"/> positive Entwicklung <input type="checkbox"/> -- oder - <input type="checkbox"/> +- <input type="checkbox"/> + oder ++	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlaufsdokumentation der Hilfe: Tragen Sie oben Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HZE danach	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> teilstationär	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> weniger intensiv	<input type="checkbox"/> ungefähr genau so intensiv	<input type="checkbox"/> intensiver
------------	--	---	--	---	---	-------------------------------------

Art der Beendigung	<input type="checkbox"/> Beendigung gemäß Hilfeplanung <input type="checkbox"/> Abbruch im Dissens bei fortbestehend. Bedarf	<input type="checkbox"/> Bedarfsgerechte Veränderung des Hilfesettings <input type="checkbox"/> Beendigung durch externe Umstände
Hauptgrund für Abbruch	<input type="checkbox"/> Abbruch durch den jungen Menschen <input type="checkbox"/> Abbruch durch die Eltern /Sorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Abbruch durch Jugendamt / ASD <input type="checkbox"/> Abbruch durch die Einrichtung

In welchem Maße sind die Hilfeziele insgesamt erreicht worden?	<input type="checkbox"/> 1 Sie wurden übertroffen <input type="checkbox"/> 2 Sie wurden voll erreicht <input type="checkbox"/> 3 Sie wurden im Wesentlichen erreicht	<input type="checkbox"/> 4 Sie wurden in Teilen erreicht <input type="checkbox"/> 5 Sie wurden nicht erreicht <input type="checkbox"/> 6 Es ist eher noch schlimmer geworden
--	--	--

Wie beurteilen Sie die Entwicklung ...	während der Hilfe						für die Zukunft					
	--	-	+-	+	++	keine Angabe möglich	--	-	+-	+	++	keine Angabe möglich
...des jungen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...der Teilhabe, Bildungs- und Freizeitmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...der Lebens- u. Entwicklungsbedingungen für den j.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>