

A B C D E F G H I/J K L M N O P/Q R S Sch T U V W X/Y Z

Stammdaten

EBIS-Code (max.12 Stellen)		Zuständ. Mitarbeiter/in	
Geburtsdatum		Geschlecht	① Männlich ② Weiblich
Geburtsort		Alter (Falls Geburtsdatum unbekannt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre
1. Staatsangehörigkeit		aktuell gültig	<input type="checkbox"/>
2. Staatsangehörigkeit		aktuell gültig	<input type="checkbox"/> (nur bei Migranten)
Betreuungsbeginn		Betreuungsende	

Weitere optionale Informationen – nur für den internen Gebrauch der Einrichtung

Adresse des Klienten

Name / Geburtsname		Vorname	
Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Adresse der Bezugsperson (z.B. Angehörige) Name:

Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Adresse der Kontaktperson (z.B. Haus-/Arzt) Name:

Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Sonstige Klienteninformationen

Rentenversicherungsträger		Krankenkasse	
RV-Nummer		KV-Nummer	
Letzter Arbeitgeber		KV-Status	
Zuständige Arbeitsagentur		Stammnummer	
Zuständiges Sozialamt		MSNR / BKZ	

Einrichtungsspezifische Zusatzfragen zu den Stammdaten

Z1 (Numerisch)		Z2 (Datum)		Z3 (Logisch)	Falsch (F) <input type="checkbox"/> Wahr (T) <input type="checkbox"/>
-----------------------	--	-------------------	--	---------------------	---

Betreuungsbeginn		Betreuungsende	
-------------------------	--	-----------------------	--

Kerndaten - Soziodemographische Angaben

Klientenstatus

00 nicht abgefragt	01 Straffällige/r	02 Angehöriger	03 Sonstiges	99 keine Angabe
--------------------	-------------------	----------------	--------------	-----------------

Kontaktaufnahme

00 nicht abgefragt	04 staatsanwaltliche Auflage	88 trifft nicht zu
01 freiwillige Kontaktaufnahme	05 Auflage der Agentur für Arbeit bzw. ARGE	99 keine Angabe
02 Auflage der Strafvollzugsbehörde	06 Auflage der Sozialbehörden	
03 gerichtliche Auflage	07 sonstige behördliche Auflage	

Migrationshintergrund

00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe
--------------------	---------	-------	-----------------

Familienstand

00 nicht abgefragt	02 verheiratet	04 verheiratet, getrennt lebend	06 verwitwet
01 ledig	03 Eingetragene Lebensgemeinschaft	05 geschieden	99 keine Angabe

Haushaltsstruktur

00 nicht abgefragt	02 Allein erziehend	04 Paar mit Kind(er)	99 keine Angabe
01 Allein stehend	03 Paar ohne Kind(er)	05 Sonstiger Mehrpersonenhaushalt	

Aktuell in Schulausbildung

a) zu Beginn der Hilfe	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) am Ende der Hilfe	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	02 ja
01 nein	99 keine Angabe

Höchster bisher erreichter Schulabschluss

a) zu Beginn der Hilfe	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) am Ende der Hilfe	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	04 Mittlere Reife
01 kein Schulabschluss	05 Fachgebundene oder allg. Hochschulreife (Abitur)
02 Sonderschulabschluss	06 Sonstiges
03 Hauptschul-/ Volksschulabschluss	99 keine Angabe

Einkommenssituation

a) zu Beginn der Hilfe	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) am Ende der Hilfe	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	06 Leistungen nach SGB II (ALG II, Sozialgeld)
01 Einkommen aus Erwerbs- oder Berufstätigkeit	07 Leistungen nach SGB XII (Sozialhilfe)
02 Leistungen nach SGB III (ALG I)	08 Entgelt für Arbeit in Haft
03 Rente, Pension	09 Sonstige öffentliche Unterstützungen
04 Unterhalt durch Angehörige	10 weitere Einnahmen
05 eigenes Vermögen, Vermietung, Zinsen, Altenteil	11 kein Einkommen

Überschuldung

a) zu Beginn der Hilfe	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
b) am Ende der Hilfe	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe

Aktuell in Berufsausbildung

a) zu Beginn der Hilfe	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) am Ende der Hilfe	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	02 ja
01 nein	99 keine Angabe

Höchster bisher erreichter Berufsabschluss

a) zu Beginn der Hilfe	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) am Ende der Hilfe	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	04 Fachschul- oder (Fach-)Hochschulbezogener Berufsabschluss
01 keine abgeschlossene berufliche Ausbildung	05 sonstige Berufsabschluss
02 Anlernausbildung	99 keine Angabe
03 Praxisbezogener Berufsabschluss	

Erwerbstätigkeit

a) zu Beginn der Hilfe	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) am Ende der Hilfe	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	02 ja
01 nein	99 keine Angabe

Erwerbsfähigkeit im Sinne des SGB			
a) zu Beginn der Hilfe		a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) am Ende der Hilfe		b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
00 nicht abgefragt		02 ja	
01 nein		99 keine Angabe	

Unterkunftssituation unmittelbar vor Hilfebeginn		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt		08 Notunterkunft, Übernachtungsstelle	
01 Wohnung		09 Gesundheitssystem	
02 bei Familie, Partner/in		10 Stationäre Einrichtung	
03 bei Bekannten		11 Haft	
04 Firmenunterkunft		12 Ersatzunterkunft	
05 Frauenhaus		13 ohne Unterkunft	
06 Ambulant betreutes Wohnen		99 keine Angabe	
07 Hotel, Pension			

Problembereiche / Beendigung

Problemfelder				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	01 nein, kein	02 ja	99 keine Angabe		
✓ Wenn Problemfelder vorhanden, dann					
• Umgang mit Behörden				<input type="checkbox"/>	
• Wohnen, Wohnungsverlust				<input type="checkbox"/>	
• Ausbildung, Beruf, Arbeit, Arbeitslosigkeit				<input type="checkbox"/>	
• Überschuldung/Schulden				<input type="checkbox"/>	
• Existenzsicherung, mangelnde materielle Absicherung				<input type="checkbox"/>	
• Körperliche Erkrankung, Behinderung				<input type="checkbox"/>	
• Psychische, psychosomatische Störungen				<input type="checkbox"/>	
• Suchtproblematik				<input type="checkbox"/>	
• (Sexualisierte) Gewaltbedrohung, Gewalterfahrung				<input type="checkbox"/>	
• Soziale Beziehungen				<input type="checkbox"/>	
• Diskriminierungserfahrung aufgrund ethnischer Zugehörigkeit				<input type="checkbox"/>	
• Ausländerrechtliche, aufenthaltsrechtliche Probleme				<input type="checkbox"/>	
• Gewaltbereitschaft, Gewalttätigkeit				<input type="checkbox"/>	
• Soziale Isolation, Einsamkeit				<input type="checkbox"/>	
• Sonstige Probleme				<input type="checkbox"/>	

Anzahl bisheriger Inhaftierungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	02 eine	04 drei und mehr	99 keine Angabe		
01 keine	03 zwei	88 trifft nicht zu			

Dauer letzter Inhaftierung in Monaten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt		06 zwei bis unter fünf Jahre		
01 bis zu einem Monat		07 fünf bis unter zehn Jahre		
02 ein bis unter sechs Monate		08 zehn Jahre und mehr		
03 sechs Monate bis unter ein Jahr		88 trifft nicht zu		
04 ein Jahr bis unter achtzehn Monate		99 keine Angabe		
05 achtzehn Monate bis unter zwei Jahre				

Haftform bei Hilfebeginn			
00	nicht abgefragt	07	in Maßregelvollzug nach §63 StGB oder §64 StGB
01	nicht in Haft	08	in Unterbringung nach §93 JGG
02	in Untersuchungshaft	09	in Abschiebehaft
03	in Strafhaft	10	sonstige
04	in Sicherungsverwahrung nach §66 StGB	88	trifft nicht zu
05	in Ersatzfreiheitsstrafe	99	keine Angabe
06	Lebenslange Freiheitsstrafe		

Art der Beendigung			
00	nicht abgefragt	06	Beendigung durch Kostenträger
01	planmäßig beendet	07	Haft
02	Vermittlung an Nachfolmaßnahme innerhalb des eigenen Hilfesystems	08	Tod
03	Vermittlung an Nachfolmaßnahme außerhalb des eigenen Hilfesystems	09	sonstiges
04	Abbruch durch Klient	10	sonstige
05	Abbruch durch Einrichtung	99	keine Angabe

Beurteilung der Problematik			
00	nicht abgefragt	02	gebessert
01	behooben	03	unverändert
		04	verschlechtert
		99	keine Angabe

Kontaktzahl (nur ambulanter Bereich)	
---	--

Sozialbericht	Datum:
----------------------	--------

Erstantrag Kostenübernahme	Datum:	Sitzungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wochen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bewilligung Erstantrag	Datum:	Sitzungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wochen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Verlängerungsantrag	Datum:	Sitzungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wochen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bewilligung Verlängerungsantrag	Datum:	Sitzungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wochen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Memo

Fachdatensatz Medizinische Versorgung

Bekannte oder Anerkennbare Erkrankungen (nach ICD-10)

00 nicht abgefragt 01 nein 02 ja 99 keine Angabe

✓ Wenn ja, welche Erkrankungen

• Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
• Neubildungen	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten des Blutes / Störung des Immunsystems	<input type="checkbox"/>
• Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>
• Psychische und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>
• Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten des Kreislaufsystems	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten des Verdauungssystems	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten der Haut und Unterhaut	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten der Muskel-/Skelett-Systeme und des Bindegewebes	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten des Urogenitalsystems	<input type="checkbox"/>
• Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	<input type="checkbox"/>
• Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	<input type="checkbox"/>
• Angeborene Fehlbildungen	<input type="checkbox"/>
• Symptome & abnorme klinische & Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	<input type="checkbox"/>
• Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	<input type="checkbox"/>
• Äußere Ursachen von Morbidität	<input type="checkbox"/>
• Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ...	<input type="checkbox"/>
• Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Behandlungsort

00 nicht abgefragt	06 Wohnung
01 Straße	07 Arztpraxis
02 Behandlungsbus	08 sonstiges
03 Einrichtung	88 trifft nicht zu
04 Projekträume	99 keine Angabe
05 Krankenwohnung	

Vermittlung an

00 nicht abgefragt	06 Sozialarbeit
01 Hausärztliche Versorgung	07 Suchtberatung
02 Facharzt	08 sonstiges
03 Allgemein-Krankenhaus	88 trifft nicht zu
04 Psychiatrie	99 keine Angabe
05 Entgiftung	

Erbrachte medizinische Leistungen

00 nicht abgefragt 01 nein 02 ja 99 keine Angabe

✓ Wenn ja, welche Leistungen

• Anamnese	<input type="checkbox"/>	• Notfallversorgung	<input type="checkbox"/>
• Beratung	<input type="checkbox"/>	• Pflege	<input type="checkbox"/>
• Bescheinigung	<input type="checkbox"/>	• Untersuchung (allgemein)	<input type="checkbox"/>
• Blutentnahme	<input type="checkbox"/>	• Untersuchung (symptomatisch)	<input type="checkbox"/>
• Diagnostik	<input type="checkbox"/>	• Vorsorge	<input type="checkbox"/>
• Gespräch	<input type="checkbox"/>	• Wundversorgung	<input type="checkbox"/>
• Impfung	<input type="checkbox"/>	• Sonstiges	<input type="checkbox"/>
• Medikation	<input type="checkbox"/>		