

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

Stammdaten

EBIS-Code (10+2 Stellen):	_____	Zuständ. Mitarbeiter/in:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	M=Männlich W=Weiblich U=ohne Angabe
Geburtsort:		Alter:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahre (Falls Geburtsdatum unbekannt)
1. Staatsangehörigkeit:		2. Staatsangehörigkeit:	

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"/>
-----------------------	--	-------------------	--	---------------------	-----------------------------------------------------------------------

Kerndaten – Soziodemographie / Finanzen / Beschäftigung

Aufenthaltsstatus (für EU-Staatsangehörige = 88)

00 nicht abgefragt	02 Aufenthaltserlaubnis	04 Duldung	06 Freizügigkeit	88 trifft nicht zu
01 Niederlassungserlaubnis	03 Fiktionsbescheinigung	05 Visum	07 sonstiges	99 keine Angabe

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
00 nicht abgefragt	02 Allein erziehend	04 Paar mit Kind(er)	99 keine Angabe
01 Allein stehend	03 Paar ohne Kind(er)	05 Sonstige Haushaltsstruktur	

Eigene minderjährige Kinder (außerhalb der Haushaltsstruktur) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe

Aktuell in Schulausbildung (optional)			
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 (optional)			b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt		04 Mittlere Reife	
01 kein Schulabschluss		05 (Fach-) Abitur	
02 Sonderschulabschluss		06 Sonstiges	
03 Volks- /Hauptschulabschluss		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)		10 kein Einkommen	
03 Rente, Pension		11 sonstige Einnahmen	
04 Unterhalt durch Angehörige		99 keine Angabe	

Aufstockung des Einkommens			
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 ergänzendes Einkommens zu SGB XII	
01 aufstockende Leistungen SGB II		05 keine aufstockende Leistungen	
02 aufstockende Leistungen SGB XII		99 keine Angabe	
03 ergänzendes Einkommen zu SGB II			

Eigenes Bankkonto			
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

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

Aktuell in Berufsausbildung (optional)			
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

Höchster bisher erreichter Berufsabschluss	
a) zu Beginn der Hilfe	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) am Ende der Hilfe (optional)	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	

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

Arbeits- und Beschäftigungssituation	
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 erster Arbeitsmarkt
01 arbeitslos	05 Selbstständige
02 dritter Arbeitsmarkt	88 trifft nicht zu
03 zweiter Arbeitsmarkt	99 keine Angabe

Dauer der Arbeitslosigkeit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	05 1 bis unter 2 Jahren	
01 unter 1 Monat	06 2 bis unter 3 Jahren	
02 1 bis unter 3 Monaten	07 3 Jahre und länger	
03 3 bis unter 6 Monaten	88 trifft nicht zu	
04 6 bis unter 12 Monaten	99 keine Angabe	

Kerndaten - Wohnen / Sozialkontakte / Gesundheit

Unterkunftssituation	
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	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	14 Flüchtlingsunterkunft
07 Hotel, Pension	99 keine Angabe

Wohnungsnotfall		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	04 ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen/bedroht	
01 aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen	05 kein Wohnungsnotfall	
02 unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht	06 formal von Wohnungslosigkeit betroffen	
03 in unzumutbaren Wohnverhältnissen	99 keine Angabe	

Erstmalige / wiederholte Wohnungslosigkeit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	02 wiederholt wohnungslos	99 keine Angabe
01 erstmals wohnungslos	88 trifft nicht zu	

Grund des akut drohenden oder letzten Wohnungsverlustes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
00 nicht abgefragt	06 ohne Kündigung ausgezogen
01 Kündigung durch Vermieter	07 Vertragsende
02 Zwangsräumung Eigenbedarf	08 Richterliche Anordnung nach Gewaltschutzgesetz
03 Zwangsräumung Mietschulden	09 Räumungsklage
04 Zwangsräumung wegen anderer Probleme	88 trifft nicht zu
05 Selbstkündigung	99 keine Angabe

Auslöser des akut drohenden oder letzten Wohnungsverlustes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
00 nicht abgefragt	08 Höhere Gewalt
01 Gewalt durch Partner/Partnerin	09 Gewalt durch Dritte
02 Ortswechsel	12 Miet- bzw. Energieschulden
03 Arbeitsplatzverlust / -wechsel	13 Konflikte im Wohnungsumfeld
04 Krankenhausaufenthalt	14 Veränderung der Haushaltsstruktur
05 Haftantritt	15 institutionelle Nichthilfe
06 Trennen / Scheidung	88 trifft nicht zu
07 Auszug aus der elterlichen Wohnung	99 keine Angabe

Region des akut drohenden oder letzten Wohnungsverlustes (LWL / NRW) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
00 nicht abgefragt	03 außerhalb des LWL-Bereichs
01 Bereich örtlicher Sozialhilfeträger	88 trifft nicht zu
02 übriger Bereich LWL	99 keine Angabe

Dauer der aktuellen Wohnungslosigkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
00 nicht abgefragt	05 3 bis unter 5 Jahren
01 bis 2 Monaten	06 5 Jahre und länger
02 2 bis unter 6 Monaten	88 trifft nicht zu
03 6 bis unter 12 Monaten	99 keine Angabe
04 1 bis unter 3 Jahren	

Wohnungswunsch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
00 nicht abgefragt	06 eigene Wohnung für 2 Personen
01 kein Wohnungswunsch	07 eigene Wohnung für Familie
02 stationäre Einrichtung	08 alternative Wohnform
03 Wohngemeinschaft / Wohngruppe	09 sonstiges
04 möbliertes Zimmer	99 keine Angabe
05 eigene Wohnung für 1 Person	

Soziale Kontakte vorhanden			
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 keine Angabe	01 nein	02 ja	99 keine Angabe
✓ Wenn soziale Kontakte vorhanden, dann zu	Zu Beginn der Hilfe		Am Ende der Hilfe
• Partner(in)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• eigenen minderjährigen Kind(ern)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• volljährigen Kindern / Eltern / Verwandten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Selbsthilfe / Nachbarn / Vereinen / Kirche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Sonstige Personen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Krankenversicherung		
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	03 ungeklärt	05 ja, aber eingeschränkt
01 nein	04 ja, uneingeschränkt	99 keine Angabe

Kontakt zu einem/einer Arzt/Ärztin		
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	03 ja, zur Notfallbehandlung	
01 nein	04 ja, med. Projekt Wohnungslosenhilfe	
02 ja, im Regelsystem	99 keine Angabe	

Vorlage eines Schwerbehindertenausweises			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe

Kerndaten – Maßnahmen

Beratung und Betreuung (optional)			
00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe
Einzelberatung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krisenintervention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gruppenberatung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aufsuchende Beratung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Partner- / Familienberatung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Seelsorge / Sterbebegleitung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Vermittlung in andere Institution / Dienst (optional)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe	
✓ Wenn eine Weitervermittlung stattfindet, wohin				
Systematische ambulante Betreuung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stationär Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Unsystematische (Dauer)Betreuung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Notschlafstellen nach SGB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Teilstationär Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Gewährung von Hilfen (optional)			
00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe
im Umgang mit Behörden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	im Bereich soziale Beziehungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
im Bereich Wohnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	im Bereich Finanzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
im Bereich Arbeit / Schule	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	im Bereich Polizei / Justiz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sonstige Maßnahmen / Hilfen (optional)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe	
✓ Wenn ja, welche:				

Inanspruchnahme hilf fremder Angebote (LWL / NRW)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe	

Besondere Soziale Schwierigkeiten (LWL / NRW)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	03 gemindert			
01 nein	04 Verschlimmerung abgewendet			
02 beseitigt	99 keine Angabe			

Soziale Beziehungen (LWL / NRW)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	03 stabilisiert und hergestellt			
01 stabilisiert	99 keine Angabe			
02 hergestellt				

Kerndaten - Beendigung

Art der Beendigung		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	06 Beendigung durch Kostenträger	
01 planmäßig beendet	07 Haft	
02 Vermittlung an Nachfolgemaßnahmen innerhalb des eigenen Hilfesystems	08 Tod	
03 Vermittlung an Nachfolgemaßnahme außerhalb des eigenen Hilfesystems	09 sonstiges	
04 Abbruch durch Klient	10 sonstige	
05 Abbruch durch Einrichtung	99 keine Angabe	

Beurteilung der Problematik (optional)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 nicht abgefragt	02 gebessert	04 verschlechtert	
01 behoben	03 unverändert	99 keine Angabe	

Kontaktzahl (nur ambulanter Bereich)

Kontakte im Kalenderjahr 20 __ (optional)							
Zahl der Kontakte		in eigener Einrichtung	in anderen Institutionen	in der JVA	Hausbesuch	in der Öffentlichkeit	Gesamt
Mit Klient/in allein	Einzel	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	
	Gruppe	(06)	(07)	(08)			
Mit Klient/in + Angehörigen	Einzel	(09)	(10)	(11)	(12)	(13)	
	Gruppe	(14)	(15)	(16)			
Mit Angehörigen allein	Einzel	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	
	Gruppe	(22)	(23)	(24)			
Mit sonstiger/n Person/en allein	Einzel	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	
	Gruppe	(30)	(31)	(32)			
Mit Klient/in + sonstiger/n Person/en	Einzel	(33)	(34)	(35)	(36)	(37)	
	Gruppe	(38)	(39)	(40)			
Gesamt	Einzel						
	Gruppe						

Erstellung 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"/>

Fachdatensatz Medizinische Versorgung

Bekannte oder erkennbare Erkrankungen bzw. Störungen (analog ICD-10)

00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe
✓ Wenn ja, welche Erkrankungen			
<ul style="list-style-type: none"> • 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-Systems 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	05 Krankenwohnung
01 Straße	06 Wohnung
02 Behandlungsbus	07 Arztpraxis
03 Einrichtung	08 sonstiges
04 Projekträume	99 keine Angabe

Vermittlung an

00 nicht abgefragt	06 Sozialarbeit
01 Hausärztliche Versorgung	07 Suchtberatung
02 Facharzt	08 sonstiges
03 Allgemein-Krankenhaus	09 keine Vermittlung
04 Psychiatrie	99 keine Angabe
05 Entgiftung	

Erbrachte medizinische Leistungen

00 nicht abgefragt	01 nein	02 ja	99 keine Angabe
✓ Wenn ja, welche Leistungen			
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese <input type="checkbox"/> • Beratung <input type="checkbox"/> • Bescheinigung <input type="checkbox"/> • Blutentnahme <input type="checkbox"/> • Diagnostik <input type="checkbox"/> • Gespräch <input type="checkbox"/> • Impfung <input type="checkbox"/> • Medikation <input type="checkbox"/> 		<ul style="list-style-type: none"> • Notfallversorgung <input type="checkbox"/> • Pflege <input type="checkbox"/> • Untersuchung (allgemein) <input type="checkbox"/> • Untersuchung (symptomatisch) <input type="checkbox"/> • Vorsorge <input type="checkbox"/> • Wundversorgung <input type="checkbox"/> • Sonstiges <input type="checkbox"/> 	